الإدهـال

عفاف محمد عبدالذ



الإدمسان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه

الإدمان

دراسة ننسيّة لأسبابه ونتائجه

دكتورة عفان معهل عيد المنعم

1111

دارالعضمال المامعية درويديوسكان المامعية مرويديوسكان المامية مرويد

إهدا، في

معسر ومرك

مقسدمة

شهدت المجتمعات محلياً وعالمياً أزمات نتاج التطور السريع الملحوظ.
وتعتبر مشكلة تعاطي العقاقير المخدرة بأنواعه السيديدة من الظواهر
الخطيرة التي تجتاح دول العالم في عصرنا الحالي. وقد نالت هذه الظاهرة
اهتمام عدد كبير من الباحثين والهيشات العالمية والإقليمية ورصدت
الأموال وخصصت العقول لدراستها . لمحاولة الوصول لحل يحد من
انتشارها والسيطرة عليها.

وللاعتماد على المخدرات شروط أوردتها منظمة الصحة العالمية World Health Organization وهي:

(أ) وعى ذاتى برغبة مندفعة للتعاطى.

(ب) مؤشر التكيف العصبئ حيث يتم التعاطى ولكى يتجنب المدمن الأعراض المؤلمة مثل الصداع التوتر ، عدم القدرة على التركيز ، واضطرابات الإدراك . . بوغيرها .

(ج) يحظى الإدمان بأولوية تفوق أهمية باقى مظاهر السلوك اللازمة للحياة ، فالمدمن يعطى الأهمية للحصول على المخدر بقدر يفوق أولوية حصوله على أي شيء آخر مهما كان مهما وضرورياً. (١) وللإدمان تعريفات متعددة سنوردها في جزء لاحق من هذا الكتباب ونخلص من هذه التعريفات إنه حالة (تعلق / اعتماد) شديد من جانب الشخص على تناول مادة ما ، بغرض إحداث تغييرات نفسية من خلال تأثير هذه المادة على الجهاز العصبى . لبعض هذه المواد خاصية التدخيل في كيميائية

⁽¹⁾ W.H.O International Program on the Diagnosis and classicafation of mental Disorders; Subgroup 4: Alcohol and Drugs Related Problems. Washington, 25-29th Augst 1980.

الجسم بحيث يعتادها الجسم ولا يعود قادراً على الاستغناء عنها بدون تعرضه لاضطرابات (قد تصل إلى حد الموت). وفي هده الحالة نتكلم عن الاعتباد الفيزيولوچي Addiction على أية حال فإن مصطلح الإدمان يطلق على حالات التبعية النفسية والفيزيولوچية لمادة الإدمان. وعلى ذلك فإن حدوث الإدمان يحتاج إلى توافر عوامل ثلاثة هي :

١ - توافر المادة المدمنة (ويختلف حال الفرد ومظاهر الإدمان بإختلاف المادة المستخدمة).

 ٢ - الشخص المدمن (شخصية قابلة للاعتمادية أو لظروف خارجية خاصة تخضع لها).

الطروف البيئية والاجتماعية (اللحظة الاجتماعية - الثقافية) (١) وهناك بعض علما - النفس الذين يصنف ون مشكلات إدمان المخدرات ضمن السلوك المضاد للمجتمع أو السلوك السيكوباتى فهناك مجموعة أن العوامل الاجتماعية تسهم فى هذه المشكلة وتجعل منها خطراً يهدد الأمة والتقدم فيها ، وكذلك هناك عوامل فردية كامنة فى شخصية المدمن تقوده للإدمان ، وقد نظر الكثير من العلما ، والباحثين إلى الإدمان كسلوك مرضى باعتباره إحباطاً لا يقوي الراشد على مواجهة آثاره النفسية بحلول واقعية مناسبة سوا ، أكان ذلك نتيجة لضخامة الاحباط أو الاستعداد وعدم قدرته على إحتمال الاحباط . فالإدمان محصلة أو الاستعداد وعدم قدرته على إحتمال الاحباط . فالإدمان محصلة حلوامل مركبة بعضها فسيولوچى والبعض الآخر سيكولوچى - اجتماعى.

فالمدمنسون يشتركون فى معاناتهم من إضطرابسات الاتصسال على مختلف الصور، فمواد الإدمان تؤثر أولاً على وعى المدمن وعلى حواسه مما يؤدي لإضطراب إتصاله بالواقع وبالآخرين، خلل الاتصال هذا يجابه

 ⁽١) محمد حسن غاتم، العلاج النفسى لمشاعر الرفض والخجل لدي المدمنين، مجلة الثقافة النفسية، مركز الدراسات النفسية والتفسية – الجسدية، العدد الثامن، الجلد الخامس ١٩٩٤.
 ص ص ٧٧ - ١٩٠.

تلقائياً بقساوة الواقع وبردود فعل الأخرين التي تعقد هذا الخلل وتوصله إلى مرحلة حرجة قد تصل إلى حدود إنقطاع الاتصال.

إن تأثير المواد على صعيد الجهاز العصبى ينعكس بإضطراب احساس المدمن بذاته وبجسده وبالعالم الخارجي . هذا الاضطراب يخلق علاقة مضطرية بين المدمن والواقع بهدءاً من إضطراب احساسه بالوقت وصولاً لإضطراب اتصاله مع الواقع والآخرين. وقد تزايد الاهتمام في السنوات الاخيرة بمشكلة الإدميان نظيراً لاستعمالها وارتباطها بالعديد من المشكلات الخطيرة والمدمرة، وينعكس هذا الاهتمام فيما تقوم به الدولة على إختلاق أجهزتها من جهود سواء على المستوي المحلى أو على المستوي المحلى أو على المستوي المحلى أو على والتصدي لها والذي يتخسد اشكالاً متعددة للمقاومة منها : المكافحة الأمنية، القانون، الاتفاقيات الدولية وهي ما يسمى بمكافحة العرض. ثم ابعد ذلك ما تتطلبه جهود الوقاية بأشكالها المختلفة ثم التوعية والعلاج سواء أكان هذا العلاج طبى أو نفسى أو اجتماعى وأخيراً إعادة تأهيل ثم إعادة استيعاب اجتماعي للمدمنين في المجتمع بعد شفائهم.

كما أننا يجب أن نفرق بين الإدمان والتعود ... فكثيراً ما تسمع أن فلاتاً يأخذ قرصاً منوماً منذ عشرين سنة وقد أصبح مدمناً وأن آخر يتناول الأقراص المهدشة يومياً لتحمل مشقة أعماله وإنه في عداد المدمنين وأن تلك السيدة لا تستطيع تحمل زواجها إلا بالاعتماد على بعض المطمئنات وهي الآن مدمنة ، فكل هذه الأمثلة تدل علي التعود أو الاعتماد وهو مختلف تماماً عن الإدمان ، وليس له المضار المعروفة عن الإدمان، لأنه لكي نطلق اسم المدمن على أي إنسان لا بد أن تتوافر فيه الشروط التالية:

■ الزيادة المستمرة في كمية العقار، (أي أنه إذا بدأ بقرص أو بقرصين فبعد شهر يتناول عشرة أقراص. وهكذا)
 فهنا نشك في الإدمان.

■ الاعتماد التمام نفسياً وجسمياً على هذا العقار ولا بديل عنه.
 وتصبح حاجة الفرد إلى العقار ملحة قهرية وأهم من الطعام والشراب.

- التدهور الاجتماعي، لأن المدمَّنَّ لا يمانع من الالتجاء إلَّى أي وسيلة للحصول على العقار ، من الكذب إلى السرقة إلى التزوير إلى التلفيق عما يؤثر تأثيراً واضحاً على عمله وحياته الزوجية والاجتماعية.

■ وأخيراً ومن أهم أعراض الإدمان ، الأعراض الجانبية الشديدة عند التوقف عن أخذ العقار ، أو الامتناع عند كمحاولة للعلاج ، فهنا يشعر المريض بأعراض شديدة من آلام في الجسم إلى عرق غزير إلى أرق شديد، إلى هياج عصبى وأحيانا أعراض جسمية من إسهال، إلى سرعة ضربات القب... الخ.

أما المتعود فهو يأخذ العقار بنفس الجرعة يومياً ولا يزيدها بل وأحياناً ينسى أخذها دون حدوث أي أعراض جانبية. ومشكلة المدمن تتعدى ذاته وتروش على مجال العائلة بأكملها فاهماله لعمله وبيته يجعل الحياة الزوجيسة محطمة تماماً وينشأ الأطفال في جو مرضى يسبب لهم عدة أمراض نفسية وعقلية عند نضجهم.

ولكن هذا لا ينع إنتشار إدمان الحشيش ، والأفيون ، والكوكايين ، ثم حالياً الأقراص المنومة مثل الباربي ، فسباراكس، فانادروم، لومنيال... الغ أو الأقراص المنشطة أو المنبهة مثل الريتالين ، مجموعة الامفيتامين والموجودة في العقاقير التي تسد الشهية. بل وأخيراً ظهرت عدة حالات إدمان للأقراص المطمئنة إن أخذت دون إشراف طبي مثل كواتيان ، ترنكيلان، لبيريم، فالبوم... الخ.

وانتشرت فى السنوات الأخيرة ظاهرة إدمان عقاقير الهلوسة مثل: ل.س.د. والحشيش فى أوروبا مما جعل الحكومات تنظم حملات للقيض على مروجى هذه العقاقير. على أنه من الاسباب التى تدعو الفرد لأن يلجأ للإدمان من وجهة نظره أو حسيما اتفق هى: ■ آلام جسمية مستمرة مثل الصداع المزمن ... آلام روماتيزمية ...
نربات متكررة من المغص الكلوي أو المراري. . آلام الأورام الخبيشة . إذ
يلجأ المدمن للعقار لتهدئة آلامه ثم يزيد من الجرعة حتى يصل لدرجة
الإدمان. بل أن كثيراً من مدمنى الأفيون بدأوا ذلك عند سماع النصيحة
يأخذ قطعة أفيون لتخفيف آلام الاسنان ثم كسلهم للذهاب إلى طبيب
الاسنان وزيادة الكمية تدريجياً حتى الوصول لدرجة الإدمان.

 ■ الضغط المتواصل في العمل و الإرهاق الشديد وصعوبة التوافق مع رؤسائه ومرؤسيه . والخوف المستمر من المسؤلية . وعدم الثقة في الذات.

■ عدم التوافق الزواجى ... فكثيراً ما يلجاً الزوج أو الزوجة إلى استعمال العقاقير أو الخمر لقتل الملل بعد الزواج أو لاكتشاف عدم توافق الشخصيات أو لعدم الانسجام العاطفى، أو لصعوبة الارتواء الجنسى أو للصعوبات المادية أو لعلاقات عاطفية جديدة ...الخ.

◄ الأمراض النفسية والعقلية: فالذي يعانى من حالة قلق نفسي وعدم الثقة بالذات، والخجل المستمر والحساسية المفرطة، وعمله يتطلب منه الاختلاط بالناس، ومناقشة الأمور بهدو، وهو لا يستطبع القيام بكل هذه الاعباء، فهنا يلجأ هذا المريض إلى العقاقير المنشطة أو المطمئنة وكلما زادت مشاكله زاد من كمية الأقراص حتى يصل لذرجة الإدمان، وكلما زادت مشاكله زاد من كمية الأقراص حتى يصل لذرجة الإدمان، المنوصة للهروب من الآلام النفسية الشديسدة وتبدأ في زيادة الكميسة للقضاء على آلامها حتى تصبح في عداد المدمنين، وعادة ما يصاب للمن بعدة أعراض عقلية من جراء كثرة ما يتناوله من خمر أو أقراص، ويصبح في حالة هياج عصبي مستمر، ويثير المشاكل والمشاحنات مع تائلته وأولاده، وإن لم يحصل على العقار بسهولة فلا مانع عنده من الحصول عليه بالقوة والصنف والتهديد لأنه يصبح في حالة شبه جنونية.

ومهما تغير العقار فإن المدمن يظل مستعداً للإدمان(١١) ولقد أدى الاهتمام والبحث في طرق السلوك الاعتمادي إلى ابتكار عدة تكنيكات علاجية ، ورغم أن بعض هذه الأساليب حصل على دعم امبريقي يسؤكد فعاليته ، فإن البعض الآخر ما زال في حاجة إلى مزيد من التقويم ، ولما كان الإدمان عشل مشكلة متعددة الأبعاد فقد ظهرت الحاجة الى تكامل عدد من التكنيكات العلاجية لتقديم برامج علاجية شاملة .. ورغم التحسن الملحوظ في عائد هذه التكنيكات ، فما زالت هناك بعض المشاكل المنهجية مما يدعو الى التزايد المطرد للمشكلات المرتبطة بالإدمان إلى زيادة البرامج الوقائية بدرجاتها المختلفة.. لأن البرامج العلاجية في حد ذاتها ليست كافية لم اجهة الآثار النفسمة والجسمية المترتبة على الإدمان ، كما أنه لابد وأن تتطبور أهداف العلاج في ضبوء الفحص الشامل لجوانب حيماة المدمن مثل خبراتمه الماضيمة وقدراتمه وإمكاناته والاضطرابات الآخري التي يعاني منها والخلفية الاجتماعية والثقافية له. . على أن تشتمل خطة العلاج أهدافاً قصيرة المدى، وأخرى طويلة المدى مع اختيار التكنيكات ذات الكفاءة العالية وأن تخضع هذه التكنيكات والخطط العلاجية للمراجعة والتجديد باستمرار (٢).

فلا بد أن يكون العلاج للإدمان علاجاً متكاملاً. وهذا العلاج المتكامل يتألف من ثلاث مكونات أساسية ، أحدهما طبى والآخر نفسى والثالث اجتماعى. المكون الطبى : فيقوم المكون الطبى على مبدأين رئيسيين : مبدأ الفطام التدريجي للمدمن من المخدر الذي أدمنه أو مبدأ سد القنوات العصيبة التي يساكها الخدر داخيل جسم المدمن للتأثير في سلوكياته.

 ⁽١) محمد وقعت، ١٩٨٠، الأمراض النفسية والعصبية، ببروت: دار النهضة العربية. ص
 ٩٦ ع.٠٠

⁽²⁾ Nierenberg, T.D., Treatment of Substance abuse, In: C. Walker(Ed) Hand book of Clinical Psychology, Dowsones - Irwin. 1982.

فإذا اختبار المعالج الطريق الأول ، طريق الفطام التدريجي ، فإنه ينتقى للقيام بهذه المهمة مخدراً أضعف بكثير من المخدر الذي أدمنته الحالة ولكن من نفس فصيلة المخدر. ويعطى المدمن هذا المخدر البديل بجرعات وعلى فترات محددة، على أن تخفض الجرعة وتطول الفترات بين الجرعات تدريجياً حتى ينتهى الأمر إلى قطام كامل للحالة.

أما إذ اختير الطريق الثانى، طريق سد القنوات العصبية، فإنه ينتقى لذلك عقاراً يتلخص تأثيره في سد المستقبلات العصبية المعدة أساساً في مخ المدمن لاستقبال العقاقير ثم توزيع آثارها العصبية السلوكية في جسم المدمن . ويستمر في اعطاء هذا العقاز حسب نظام محدد ولفتسرة محدودة حتى ينتهى الأمر بالمدمن إلى أن يعود بجسمه إلى حالة التوازن الفزيولوچي دون حاجة إلى وجود المخدر أو مشتقاته . ويصحب ذلك إنطفاء اللهفة إلى المخدر.

■ المكون النفسى من المسروف أن هناك أساليب متعددة للعسلاج النفسى لحالات الإدمان على إختلاف أنواعها ، كما أنه يجري ابتكار على المنويد من هذه الأساليب فى الآونة الراهنة عا يبشر بزيد من الأمال المعلقة على المستقبل المنظور. ومن أشهر العلاجات النفسية الحديثة فى الميدان ما يعرف بمجموعة العلاجات السلوكية للإدمان ، وهى تعتبر من الثمار الرئيسية لتطبيقات العلوم النفسية الحديثة فى ميدان الاضطرابات النفسية . وتقوم في مجموعها على مسلمة أساسية مؤداها أن جميع أشكال السلوك الصادرة عن الفرد بما فى ذلك التعاطى والإدمان إنما هى أشكال السلوك الصادرة عن الفرد بما فى ذلك التعاطى والإدمان إنما هى حضارية) معينة ومن ثم تصدق عليها قوانين اكتساب العادات وغوها، وكذلك قوانين وإجراءات التخلص من العادات أو تعديلها. ومعنى ذلك أن العلاج يتطلب قيدر من الإجراءات العلاجية المقدة، ومن أشهر طرق العلاج السلوكى فى هذا الصدد طريقية بودن H.M.Boudin وهى تعتصد على ثلاثة مقه مات رئيسية هى:

١ - تدريب المدمن على ملاحظة الذات ورصد ما يصدر عنها Self الدمن على ملاحظة الذات ورصد ما يصدر عنها Self المدريب ا

۲ - التدريب على تقييم الذات Self-evaluation بناء على ما يصدر
 عنها.

 ٣ - برمجة تعديل السلوك بناء على المعطيات التي نصل إليها من البندين السابقين.

ويستغرق انجاز هذا البرنامج بضعة شهور ويمكن تطبيقه على مدمنين محتجزين داخل المصحات ، كما يمكن تطبيقه على أساس نظام العيادة الخارجية ، وقد جرب هذا النظام العلاجى على عند من مدمنى الهيروين في مدينة فلوريدا الامريكية وكانت نتائجه على درجة عالية من الكفاءة.

■ المكون الاجتماعى: ويطلق عليه اسم الرعاية اللاحقة وتنقسم إلى قسمين هما: إعادة التأميل، Rehabititation وإعادة الاستيعاب الاجتماعى. Social reintegration.

■ إعادة التأهيل. فغالباً ما يستخدم مصطلح إعادة التأهيل في مجال علاج التعاطى والإدمان استخداماً واسعاً ليضم ما يوصف بأنه إعدادة التأهيل المهنى والمقصود به همو العمودة بالمدمن إلى مستوي مقبول من الآداء المهنى وتتضمن إجراءات إعادة التأهيل في هذا الصدد ثلائمة عناصر هي: الارشاد المهنى Occupational Counselling وقياس وقياس الاستعدادات المهني Occupational aptitudes والتوجه المهنى tional guidance

■ اعادة الاستيعاب الاجتماعي ويعتبر اعادة الاستيعاب الاجتماعي هو الخطوة الاخبرة والمكملة لإجراءات الرعاية اللاحقة ولا يشترط أن تأتي زمنها بعد فترة اعادة التأهيل المهني بل يمكن تصور تزامن الخطوتان(١٠٠٠).

⁽١١) مصطنى سويف، المخدرات والمجتمع. نظرة تكاملية. عالم المعرفة ، العدد ٢٠٥ ص ص

الغصب لالأول

- ے مقدمة.
- -- الحجم العالى للمشكلة.
 - الدُول الأمريكية.
 - » آسيا والشرق الأقصى.
 - **≖** أوروبا.
- الشرق الأدنى والأوسط.
 - استرائيا ونيوزيلنا.
 - حجم الشكلة محلياً.

تعتبر المخدرات قسماً من أقسام المكيفات التى قد يدفع الفرد الى تعاطيها نتيجة أسباب اجتماعية أو نفسية أو شهوانية أو نتيجة لطبيعة حرفة المدمن ومهنته، وبداوم تعاطيها تتأصل فى نفسه عادة الإدمان بحيث لا يستطيع التخلص منها بسهولة دون أن تترك فى نفسه أثراً وضرراً. وهذا الأثر وذلك الضرر يختلفان بأختلاف نوع المخدر موضوع الإدمان ومقدار ما يتعاطاه المدمن منه، وأوقات التعاطى وحالة المدمن الصحية والعصية والنفسية.

وللمخدرات آثار سيئة وتأثير أسوأ على الأجسام والعقول وهذا ما دفع الكثيرين للكتابه عن هذه المساوئ ويصفونها بما أحسوا به ولاحظوه من فعلها، وقد وصف المقريزي سيطرة المخدرات وتأثيرها وخواصها فذمها ذما شديداً وعدد قبائح مدمنيها ومستعمليها، وما فعل بعض الملوك في شأن ابطالها . (1)

فمعظم بلدان العالم عرفت تعاطى المخدرات بأنواعها المختلفة فى فترة أوأخرى من فترات تاريخها. فمعظم الشعوب أكتشفت وأستعملت أنواعاً مختلفة من النباتات المخدرة لأغراض التخدير والعلاج على الأقل إلا أن تعاطى المخدرات الأغراض غير طبيبة قد اتخذ صورة وبائية في بعض المجتمعات أكثر من غيرها ويعتبر تعاطى المخدرات غطاً سلوكياً وثقافياً، فشيوع استعمال المخدرات فى أى مجتمع يعتمد أساساً على الأغاط الاجتماعية، كالابتجابات السيكولوچية للمخدرات او الشخصية السيكولوچية العامة لمدمنى المخدرات، في ختلف المخدر المستخدم فى كل

 ⁽١) أنور العمروسي ١٩٥٥ المخدرات آثارها وجرائمها وعقرباتها. القاهرة: مكتبة المنانجي.
 ص ص ١ - ٥

بلد تبعاً للعوامل الحضارية المحددة لهذا البلد. (١)

وبعتبر ادمان المخدرات من أكثر الأمراض الاجتماعيه انتشاراً فى العالم بأسره، فيذكر من يؤرخون لانتشار تعاطى المخدرات أن منطقة البحرالأبيض المتوسط وخاصة أفريقيا وآسيا، كانت من الوجهة التاريخيه من أول مناطق المخدرات وأن هذة الآفات انتقلت منها بعد ذلك الى الهند والسين وبعض البلدان فى أوريا ثم أمريكا الشمالية وأمريكا الجنوبية.

والطبيعة البشرية تسعى دائماً وأبداً الى الوصول إلى اللذة والبعد وتجنب الألم وكل ما يؤدى الى المتاعب، فنجد أن المخدرات هى تلك الأداة التى توفيق بين اللذة والألم، فمنذ بزوغ الحضارة استخدمت المخدرات كوسيلة لإحداث تغيرات في حالات الوعى والشعور والسعادة واليقظة والتنبيب، فالمخدرات تحدث تغيرات عميقة فيها وتضيف لها أبعاداً جديدة (١٠). ومن هذا يبدو لنا أن تعاطى المخدرات ظهر وانتشر منذ آلاف السنين، ولكن إساءة الاستعمال لهذه المخدرات وإدمانها هو الشكل الاثثر ملاحظة وانتشاراً في القرن العشرين، فما من يوم لم تطالعنا فيم جريدة محلية أو عالمية أو نشرات الأخبار عن ضبط كميات كبيرة من المخدرات المهربة، وضبط أنواع جديدة من الغقاقير، وكما يشكل الفزع من المخدرات بين الشبائم ويعتبر انتشار تعاطى المخدرات بين الشبائم ويعتبر انتشار تعاطى لا يقتصر أثره على الشخص فقط ولكن له اثره السئ أيضاً على من يحيطون به فالتعاطى يحلق حالة من التعود عما يجعل الفرد المتعاطى يصبب ضعفاً

 ⁽١) سمير نعيم أحمد ١٩٧١، الاسباب الاجتماعية والاقتصادية لتعاطى المخدرات.
 القاهرة: الكتب الدولي العربي لشئون المخدرات. ص ٧.

⁽²⁾ Belknad J. K., 1978, Drugs and Human Behaviour, In: Joltz man, W.H., (ed) Introductory Psychology in Depth-developmental Topics; New York: Harper's College Press P. 256.

جسمياً حتى أن المدمن ليعرف من شكله الخارجي من نحافته وشحوب وجهه واضطراب مشيتاً ويساعد على هذا الضعف زيادة كمية المخدر التي يتعاطاها المدمن تدريجيا، وفقدان شهيته للطعام، وكذلك فإن للمخدرات تأثير سئ على المخ والقوى العقلية، كما يسبب الإدمان على المخدرات هبوط مستوى أخلاق متعاطيها، ويتصف بحب الذات وعدم الشعور بالمسئولية والاستهتار، وقد يصل الضعف الخلقي إلى حد اهمال الواجبات العائلية والتنكر لمبادئ الأمانة والشرف، وغالباً ما تتعدى أضرار الإدمان الشخص المدمن لتمتد الى أسرتم فقد يفقد المدمن مورد رزقه بسبب تهدم صحته ونقص كفايته الجسمية والعقلية. وهو من وجهة أخرى يفسد أسرته باعتباره رب أسرته بسبب هبوط مستوى خلقه وفقدان شعوره بالمسئولية فقد تنحل الأسرة بالطلاق

وقد أشارت منظمة الصحة العالمية في أحد تقاريرها أن إنتشار تعاطى العقاقير يزداد بصورة واضحة بين الأطباء والمرضات، ورجحت ذلك بأنه يرجع لطبيعة عملهم الذي يجعلهم يندمجون بين هذه الفئات ولعلمهم بالأدوية وما تجلبه من راحة، فإذا تعب أحدهم لجأ الى المخدر لكى يخفف آلامه، وإذا شعر بالأرق لجأ الى منوم لكى يكف من أرقه إلى غير ذلك من الأسباب، وكذلك فالأطباء يملكون دائماً إمكانية الحصول على المخدر وكيفية استعماله. (١)

وتختلف النظرة لموضوع الإدمان بحسب تخصص العالم والباحث، فعالم الفارماكولوچى يرى أن المخدرات لها تأثيرات كميائية عميقة على جسم الأنسان، مما يجعله يستمر فى تعاطى المخدرات، ويرى علماء الاجتماع أن الضغوط البيئية والحرمان والفقر والمشاكل الاجتماعية هى

⁽¹⁾ Pescor M.J.,1980, "Physician Durg Addicts", In: Griffith Edward and Awin Arfith (eds), Durg Problem in the Sociocultural Context A Basis for Polices and Programme Planning. New York. Geneva. P. 164.

المسببة للإدمان، وكذلك قد يكون الإدمان ناتجاً عن توافر المخدر وعدم تحريم تعاطيه أو لأسباب خاصة بالفرد كالمرض، والأرق، أو الرغبة فى المتعة... الخ.(١)

والباحثة فى هذا البحث ترى ان الإدمان مشكلة نفسية ناتجة عن اضطرابات فى شخصية الفرد المدمن وعدم تكيفه مع الواقع المحيط به كذلك ناتجة عن ظروف اجتماعية دفعت المدمن الى اللجؤ الى المخدر كمخرج له من هذه الاضطرابات.

الحجم العالى للمشكلة :

يحدثنا التاريخ أن الانسان قد عرف المخدرات منذ العصور الأولى التى ترجع الى العصر الحجرى، حيث أستخدمتها بعض القبائل فى طقوسها الدينية وأستخدمتها كثير من المجتمعات لمعالجة بعض الأمراض كآلام المفاصل والنقرس والامساك والذهول كما عرفها إمبراطور الصين شن ننج Shen neng منذ ٢٠٠٠ سنة قبل الميلاد. وقد روى المؤرخ هيرودت منذ ٥٠٠ سنة قبل الميلاد أن قبائل الست البريرية —Scytheess التى كانت تقطن فى شمال البحر الاسود بالباكستان أو فى القوقاز كانت تقرم بحرق حبوب القنب الهندى لاستنشاق الأدخنة المتصاعدة منه وأن أكثر ما يلفت النظر فى ظاهرة إدمان المخدرات بأنواعها المختلفة أنها ظاهرة انتشرت فى أقدم وأعرق مجتمعات حضارية مثل الهند، والصين، والعراق، ومصر، ولم يكن شيوع الإدمان فى تلك المجتمعات ظاهرة ملازمة لتحضرها، بل تحقق الإدمان فيها بعد فقرات من رقيها وغذاها تجار لتحضرها، بل تحقق الإدمان فيها بعد فقرات من رقيها وغذاها تجار حضارة هذه المجتمعات على اكتشاف الزراعة والبناء الزراعى لنظام الزراعة كفيلة باحداث تغيرات جوهرية فى طبيعة الانتجاء، وسيادة نظام الزراعة كفيلة باحداث تغيرات جوهرية فى طبيعة

 ⁽١) سليمان الجندي ١٩٧١، ظاهرة إدمان المخدرات بين خطر واقع وخطر يتوقع. القاهرة:
 المكتب الدولي العربي لشتون المخدرات. ص ٩٩.

الانسان، فاستقرار الانسان والتزامه بالرقعة الزراعية دفعه ومكنه من تقييد علاقاته الاجتماعية ومن ضبط أكبر نزعاته الحيوانية، وقد ترتب على اكتشاف الزراعة أن أصبح الانسان لأول مرة في تاريخه ينتج أكثر على المستهلك وزاد لديه فائض الانتاج، وانعكس كذلك على البناء الاجتماعي، فظهر نظام الحرف والتخصص وانعكس ذلك على التكوين الاجتماعي فظهرت الطبقات الاقتصادية، ففائض الانتاج قد سمح للبعض أن يتفوقوا في ملكيتهم إلى الحد الذي يمكنهم من استغلال النساني موقف التبعية إلى أن الزراعة قد خلقت لأول مرة في التاريخ المنساني موقف التبعية بدلاً من العبودية وظل تأثيرها نشطاً في ارساء نظام الطبقات الاقتصادية وتبعية الانسان مرة أخرى الى مالك مصدر الانتاج مهد إلى تكوين مجال نفسي واجتماعي مناسب للإدمان كمرض نفسي اجتماعي، كما أن النظام الصناعي في دول أخرى قد جعل هذا المجال فرصة له بنمو من خلالها بواسطة المخدرات. (١)

ولم يكن ينظر إلى مشكلة إدمان المخدرات حتى نهاية القرن التاسع عشر على أنها مشكلة دولية تتطلب اتفاقاً متعدد الأطراف، كما تستلزم عملاً جماعياً على نطاق عالى، وكان الاعتقاد الغالب أن إساءة استعمال المواد المحدثة للإدمان كالأفيون وأوراق الكوكا والحشيش راجع إلى العادات المتأطلة لدى السكان في بعض الأقطار عا ساعد على الاعتقاد بأن المشكلة داخلية لا تهم سوى الشعوب التى تعانى منها، ولكن بعد ذلك أستجدت بعض التطورات التى جعلت مشكلة المخدرات مشكلة عالمية، وقد شملت هذه التطورات التى جعلت مشكلة المخدرات مشكلة عالمية، وقد شملت المناعى الحديث من ايجاد جو سيكولوچى ترعرع فيه الإدمان نظراً لما أسفر عنه تعقد الحياة من زيادة الطلب على المخدرات النشطة ومشتقاتها.

 ⁽١) أحمد فايق ١٩٨١ أ، الأمراض النفسية والاجتماعية – دراسة في اضطراب علاقة الفرد بالمجتمع – القاهرة: مطبعة النسر الذهبي. ص ص ١٤٥ – ١٩٥٤.

فإدمان المخدرات أو بيعها أو امتلاكها لا يقتصر على شعب دون غيره أو على بلد معين، ولكن ظاهرة إدمان المخدرات تفشت في كل شعرب العالم، وأصبحت خطراً يهدد العالم، بأسره، فإدمان المخدرات خطر يهدد الدول الصناعية المعتمدة على التكنولوچيا، كما يهدد النامية التي تعانى من سؤ الأحوال الاقتصادية.

وعكن أن نقرر بصفة عامة أن تعاطى المخدرات بأنواعها المختلفة وخاصة الأفيون ومشتقاته والحشيش وعقاقير الهلوسة والحبوب والمنبهات والمنومات التى تؤدى للإدمان سينتشر بصورة وبائية خطيرة في النصف الثاني من القرن العشرين في الولايات المتحدة الأمريكية لعدة مؤشرات هامة هي:

١ - تنوع المخدرات التي تتعاطاها فنات الجمهور المختلفة وظهور أنواع جديدة دائماً، فهناك تعاطى الحشيش الذي يعرف باسم الماريجوانيا والمعاللية والمحسوم -Marijuana وتعاطى الأفيون بمختلف مشتقاتيه وخاصة المورفين الذي يوخذ عن طريق الحقين في الشرايين، وكذلك الهيرويين، وكذلك بغض المخدرات المشابهة للأفيون ومشتقاته في الحصائص التخديريية ولكنها محضرة معملياً لأغراض طبية مثل: المبردين Mepridine والميشادون -Meth محضرة معملياً لأغراض طبية مثل: المبردين مثل النمبيوتال Meth والمسادون المحسوب المخدرة مشل النمبيوتال Benzdrin والسيكونال Barbiturates وهما ينتميان الى البارابيتيورات Cocaine وعقاقير وينتشر استعمال البنزدرين Benzdrin والكوكايين الحواهير أخيراً المهلوسة المعروفة باسم (Lesergicacid Dytheiamide (Lsd)، وظهر أخيراً نرع جديد من الإدمان بين المراهقين والأطفال هو إدمان إستنشاق المواد الطيارة الداخلة في صناعة الصمغ الذي يعرف باسم Glue Sniffing .

 ٢ - التزايد المستمر في أعداد المتعاطين الذين يتعاطون المخدرات المختلفة بين الجمهور في الولايات المتحدة.

٣ - التزايد المستمر في عدد مدمني المخدرات بين الشباب والمراهقين

خيث أثبتت الدراسات أن ٦٠٪ من مندمني المخدرات تتراوح أعمارهم بين ١٧ - ٢٥ سنة.

وبالرغم من الجهود المترامية لمعرفة عدد المتعاطين في أمريكا، إلا أن كل البحوث والاحصائيات لم تنجع في الحصر الكامل لعدد المتعاطين هناك، وسواء وصلت الدولة إلى تقدير دقيق أو لهم تصل، فإن المشكلة متفشية في الولايات المتحدة بصورة أذهلت الباحثين والمسئولين وجذبت إنتباههم سواء في دوائر البوليس أو في مياديين الطب والعملاج أو في مجالات الشباب، والجرعة إلى ان انتهى الأمر إلى عصبة الأمم المتحدة. (١)

وقد بين الاحصاء الذي عرضه قسم المخدرات في دورته السابعة عشر عام ١٩٦٢ أن بلاد العالم تنقسم إلى ثلاثة مجموعات هي:

(أ) الجموعة الاولى: وتتكون من ٢٩ دولة يوجد بها مدمن واحد بين
 كل ١٠٠٠ أو أقل من السكان وهى أعلى نسبة فى الإدمان ومن هذه
 الدول مصر.

(ب) المجموعة الثانية: وتشكون من ٢٧ دولة، ويوجد بها مدمن واحد بن كل ١٠٠٠ - ٥٠٠٠ شخص من عدد سكانها.

(ج) المجموعة الثالثة: وهي تمثل باقى دول العالم ويوجد بها مدمن بن كل . . . ٥ شخص أو أكثر من السكان.

وهناك التقرير الذي بعثت به الدول الأعضاء في هيئة الأمم المتحدة إلى شعبة المخدرات تنفيذاً للاتفاقية الوحيدة للمخدرات لعام ١٩٦١، المعدلة ببروتوكول ١٩٧٧ - ١٩٧٩ احصائيات المخدرات من ١٩٧٧ – ١٩٧٩ إلى أن أكثر المخدرات انتشاراً في العالم هو الحشيش الذي بلغ أعلى معدل لضبطه عام ١٩٧٩، حيث بلغت الكمية المضبوطة منه ١٩٨٨ طناً وأن أقل أنواع العقاقير انتشاراً هي عقاقير الهلوسة التي بلغ أعلى معدل

⁽١) حامد عبد السلام زهران١٩٧٧، علم النفس الاجتماعي. القاهرة: عالم الكتب ص ١٥.

لضبطها عام ١٩٧٥، ١١كجم بالإضافة الى ٢٠٩٠ جرعة، كما تشير الأحصائيات إلى أن مجموعة الكوكايين سجلت أعلى معدل للتصاعد بعد عام ١٩٧١ حيث كان إجمالي المضبوط من عقاقير هذه المجموعة لا يتجاوز الطن الواحد سنوياً، ثم أخذ يتزايد بشكل ينذر بالخطر الشديد وخاصة في أمريكا الشمالية والجنوبية، وأوربا الغربية، إلى أن وصل عام ١٩٧٨إلى حوالى ٧ طن وقد وضح من الاحصائيات أن حجم مشكلة المخدوات قد زاد زيادة عظيمة في العشر سنوات الأخيرة، وفيما يلى عرض لاتجاهات المخدوات في كل مناطق العالم المختلفة: (١)

١ - أفريقيا :

مازال الحشيش هو المخدر المفصل لدى المتعاطين في أغلب الدول الأفريقية ولكنه لم يعد وحده، بل انتشر تعاطى الامفيتامينات Amphetaminats والميثاكوالون -Methacho المواصة في المناطق الحضرية.

٢ - الدول الأمريكية:

الاتجاه الغالب فى الدول الأمريكية هو ارتفاع تعاطى الحشيش والكوكايين والامفيتامينات، والبارابيتورات، والميثاكولون، وقد زاد معدل الهيروين فى مناطق الشمال الشرقى فى القارة، وأستمر انتشار تدخين عجيئة الكوكا فى بيرو و تزايد تعاطى الكوكايين في دول أمريكا الشمالية، ودلت التقديرات الأولية التى وضعتها الحكومة الفيدرالية آن عدد مدمنى الكوكايين يتراوح بين ١١ - ١٢ مليون مدمن. وقد أرتفع معدل تعاطى الخشيش بين أطفال المدارس، وما زال تعاطى الفيئكلوين منتشراً بين الشباب فى كندا والولايات المتحدة الأمريكية، وقد انتشرت

⁽١) الادارة العامة لكافحة المخدرات (١٩٨٢): التقرير السنوي. القاهرة: هيئة الطابع الأميرية. ص ١١٥.

إساءة استعمال عقاقير الهليسة LSD في كثير من دول القارة، وكذلك انتشرت إساءة استعمال المذيبات الطيارة مثل الاسيتون والتولدين وخاصة بن الشياب في سن المراهقة. (١)

٣ - آسيا والشرق الاقصى:

يثل تعاطى الهيروين بين الشباب فى المناطق الحضرية مشكلة رئيسية فى بو رما وتايلاند وسنغافورة وماليزيا وهونج كونج، وكذلك تعاطى المروفين، ويقبل متوسطو العمر على تعاطى الأفيون عن طريق التدخين، المروفين، ويقبل متوسطو العمر على حد كبير بين الشباب والطلبة فى اليابان، وكذلك زادت مشكلة الحشيش تفاقماً في الهند بين العمال ذوي الدخل المنخفض وكذلك زادت المشكلة وضوحاً فى ماليزيا، عما أدى إلى جعل وحدة العمل الوطنى التابعة لمجلس الوزراء توصى بفرض الاعدام عقوبة على من يحوز أو يحرز عقاقير مخدرة تزيد عن ٢٥جم أو أكثر. (٢)

٤ - أوروبا :

استمرت الزيادة الحادة في تفشى تعاطى الهيروين وخاصة عن طريق الحقن في كثير من دول أوربا الغربية وزادت الكميات المتاحة من الهيروين في هذه الدول، وكذلك زاد الأفيون ومشتقاته. وقد تحدد عدد المدمنين في ألمانيا الغربية بفرد إلى عشرة آلاف فرد سنة ١٩٥٣. أما في لنجلترا فقد أرتفع عدد المدمنين من ٣٥٩ سنة ١٩٥٧ إلى ١٩٤٩ سنة ١٩٦٦.

وقد زادت بالنّالي أعداد الوفيات بين متعاطى الهيروين، وكانت أغلب هذه الوفيات بين الشباب. وقد شهد عام ١٩٧٩ في المانيا الغربية ٦٢٣ حالة، وفي ايطاليا ٢٩٠ حالة، وفي سويسرا٢٠ حالة، وفي عام ١٩٨٠

⁽¹⁾ Mc Clathim, W.G. 1975, Sociocultural Factors in Marijuana Use in United States in: Rubin V., (ed), Cannabis and Cultural. New York: Mouton. P. 131.

⁽²⁾ Schultes R. E., et al, 1968, Gannabis. New York: Harvard University. P. 339.

كان عدد الوفيات ٤٩٤ حالة فى ألمانها الغربية، وفى ايطالها ٣٠٥ حالة وفى الدول الأوربية وفى الدول الأوربية معدل التعاطى لأكثر من عقار واحد وفى الاتحاد السوفيتى توجد حالات متعدة لتعاطى المروفين وخاصة بين المرضى وكذلك تعاطى محدود للحشيش.

٥ - الشرق الأدنى والأوسط :

تكاد جميع دول الشرق الأدنى والأوسط تواجه مشكلة إساءة استعمال الحشيش والأقيون، فبينما ينتشر في مصر تعاطى الحشيش، نجد أن الأفيون هو الأكثر انتشاراً في إيران وباكستان وكذلك الهيروين الذي يعد مدمنوة في إيران بحوالي خمسين ألف مدمن. ويقابل تدفق الأفيون من الشرق إلى الغرب تدفق المواد النفسية (الامفيتامينات، البارابتيورات، وعقاقير الهلوسة) من الغرب إلى الشرق. بالإضافة إلى تدفيق حامض الخليك اللامائي من بعض دول أوربا الغربية لاستعماليه في صناعة الهيروين في بعض دول الشرق الأدنى.

٦ - استراليا ونيوزيلندا :

قعر عدد مدمنى الهيروين المزمنين فى استراليا بحوالى ١٢٠ ألف مدمن، وقدر عدد متعاطى الحشيش بحوالى ٥ / من السكان الذين تجاوزوا سن الرابعة عشر. وكذلك فى استراليا اتجاه نحو تعاطى مزيج من أكثر من عقار. (١)

وفى تقرير للجنة الدولية للمخدرات التابعة للأمم المتحدة يقدر عدد مدمنى الحشيش بحوالى ٣٠٠ مليون فرد عام ١٩٧٩. ويقدر فورت fort بحوالى ١٩٦٠ عدد من يستخدمون المنبهات فى العالم عام ١٩٦٧ بحوالى خمسة مليون فرد، كما يقول أن هناك ١٠ مليون مدمن مخدرات ومنات

⁽¹⁾ Schaeffer, J., 1975, The Significance of Marijuana in a small Agriculdural Community. Mouton: The Hauge and Paris. P. 119.

الالوف عن يستخدمون عقاقير الهلوسة وبخاصة (LSD)(١).

الم القدم يتضح لنا مدى تفاقم خطورة مشكلة إدمان المخدرات بصورة أذهلت كل العاملين في هذا الميدان، وإن كان الانتشار يختلف في توزيعه الكمي وأيضاً في نوع المخدر المنتشر في كل بلد إلا أن هذا لا يمانع من وجود المشكلة في كل دول العالم من أكبر الدول تقدماً إلى أصغرها غوا وتنمية. ولكن هذه الأرقيام والاحصائيات لا تمثل عدد المدمنين تمثيلاً صادقاً، ولكن هي اثبات لما هو موجود بالفعل في قبضة رجال الشرطة وعيادات العلاج. ولكن لبس كل المدمنين بمتقدمين للعلاج وليست لديهم الرغبة في التخلص من الإدمان، وهذا يوضع أن عدد المدمنين خارج هذه الاحصائيات رعا يضاعف هذا الرقم المحصور أو يزيد.

حجم المشكلة محليا ب

يحدثنا التاريخ أن الانسان المصرى قد عرف المخدرات منذ زمن بعيد، فغى النقوش القرعونية التى وجدت على المقابر الفرعونية ما يثبت أن قدما - المصريين قد استخدموا الأفيون فى عمل وصفات دوائية . وكذلك كان هناك انتشأر للحشيش الذى يرجع إلى القرن الثالث عشر الميلادى. ففيما يذكره المؤرخون أن الحشيش كان يعرف فى مصر بالحشيشة. وابن البيطار هو أول طبيب مصرى وصف التخدير الذى يحدثه القنب الهندى النابت فى مصر، وذكر أنه يزرع فى بساتين مصر ويعرف بحشيشة الفقراء لأن الفقراء كانوا يستخدمونه.

وترجع هذه التسمية إلى أن شيخاً من شيوخ الطرق يدعى الشيخ حيدر هو الذي اكتشف هذا النبات وأكتشف أثره على النفس وما يحدثه من سرور وبهجة، فقال به لاتباعه وأمر بكتمان أمره إلا عن الفقراء لأنه يزيل الهموم والآلام عن تفوسهم.

⁽¹⁾ Fort D. P., 1967, Drug as a Mean of Relieving Tension. New York: Holt Corp. P. 19.

وتعانى مصر من مشكلة الادمان لجميع أنواع المخدرات المختلفة منذ وقت بعيد. فمنذ سنة ١٨٧٩ اضطر المشرع المصرى إلى منع زراعة الحشيش واستيراده في محاولة للاقلال من تعاطى الحشيش ، كما أنه منع زراعة الأفيسون منذ عبام ١٩٦٢ وكان في محاولية ايضاً للقضاء على إدمان الأفيون. إلا أن هذه التشريعات لم تمنع وجود متعاطين للحشيش ومدمنين للأقيون.. وقد أضيف اليهما بعد الحرب العالمية الأولى دخول المخدرات البيضاء (الهيروين والكوكابين) إلى مصر وكان أفراد الطبقة الخاصة هم أول من تعاطوها. ولكن عدوى الإدمان لم تلبث أن انتقلت إلى الطبقات الدنيا وأصبحت تشكل كارثة لم يخلصنا منها إلا قيام الحرب العالمية الثانية وتوقف السفن التي كانت تقوم بنقل هذه المواد من مناطق انتاجها فارتفعت أسعارها ارتفاعاً فاحشأ جعل المدمنين ينصرفون عنها إلى، المخدرات السوداء (الحشيش والأفيون). وفي أواخر الستينات وأوائل السيعينات بدأت ظاهرة إساءة استعمال المواد المؤثرة على الحالة النفسية أو الأقراص المخدرة التي تحدث آثاراً مشابهة لتلك التي تحدثها المخدرات الطبيعية، وقد ساعد على انتشار هذه المواد رخص أسعارها وسهولة الحصول عليها من الصيدليات وأكشاك السجائر والباعبة الجائلين اذ أن استعمال أغلب هذه الاقراص لم تكن تجرمه القوانين واللوائح،ولذلك صدر قرار وزارة الصحة رقم ٣٠١ لسنة ١٩٧٦ بتنظيم تداول الأقبراص وقد م المارة المكافحة من ضبط ٥٠ ٢طن من أقراص الموتولون المخدرة (٦) مليون قرص)، وقد تم أيضاً في هذا العام(١٩٧٦)ضبط ٦٩س،٨٧٩ج، ٣٨٤٦ ك من المواد المؤثرة على الحالة النفسية. (١)

وفي نفس العام أيضاً تم ضبط ١٨٠٠٠٠ شجيرة خشخاش مقابل

 ⁽١) الادارة العامة لمكافحة المخدرات ١٩٨٢، التقرير السنوي. القاهرة: هيئة المطابع
 الأميرية ص ص ١٥ - ١٩.

. . . ر ۱۲۵ شجیرة قنب هندی. وفی سنة ۱۹۷۷ تم ضبط ثلاثة ملایین شجیرة خشخاش مقابل ۲۹۰٫۰۰۰ شجیرة قنب هندی.

وفى سنة ١٩٧٨ بلغت نسبة المضبوطات من الأفيون ٥٩س، ١٣٦٠. ١٣٨٨ وأمكن أيضاً ضبط حوالى خمسة ملايين ونصف شجيرة أفيون، ١٣٨ و ١٣٨/٢ شجيرة قنب هندى. وكذلك تمكنت قوات المكافحة من ضبط . ٥س، ١٣٥٠، ٣٢٣ ر٢٦ك من المواد المؤثرة على النفس فى نفس السنة (١٩٧٨).

وقد بلغ أيضاً عدد شجيرات الخشخاش المضبوطة في سنة ١٩٧٩ أكثر من مليونين من شجيرات الخشخاش و ٣٠٠ الف شجرة . وهذا العدد يقل عن شجيرات الخشخاش التي تم ظبطها قبل ذلك . أما أشجار القنب فقد زادت وأصبح عددها ٣٠٠ ألف شجرة بزيادة قدرها ١٩٨٨ عن العام السابق. ولا زال الحشيش هو المخدر المفضل لدى أغلبية المتعاطين وقد وصل حجم المضبوط منه سنة ١٩٨٨ حوالي ٢٠ الف كجم حسب آخر احساء رسمى، وهي كمية تزيد عن الكمية التي ضبطت قبل ذلك بحوالي ٢٠٠٠كيلو (الفي كيلو). (١)

وبعد الحشيش تأتي المواد المؤثرة على الحالة النفسية وقشل المركز الشانى في قائمة المخدرات، وقد بلغت جملة المضبوطات منها حوالى ١٩٤ ألف كيلو جرام أو ما يزيد على ذلك . ثم يحتل الأفيون المركز الثالث بين المخدرات وبلغت الكمية المضبوطة منه ١٠٣٠ كيلو جرام. وحيث أنه لم توجد احصائيات رسمية عن عدد مدمنى المخدرات في مصرولا في أي دولة أخرى، نظراً لكثرة عددهم وعدم التمكن من ضبطهم، إلا أننا يحكننا التعرف على حجم المشكلة من حجم الجهود المبذولة في مكافحة تهرب المخدرات وضبط الأوكار الخاصة بالتعاطى، والكميات الرهبية

⁽١) سامي أرسم فرج ١٩٧٩، مشكلة المخدرات في مصر. القاهرة: مجلة الأمن العام. ص ٢.

التى ضبطها مكتب مكافحة المخدرات سواء كانت تهرب إلينا من الخارج أو كانت مرروعة فى نفس الأقليم ، كذلك المبالغ الضخمة المنفقة على حملات المكافحة وضبط المدمنين وعلاجهم ورعاية أسرهم وإنشاء وحدات صحية لرعايتهم . ويبين جدول رقم (١) النفقات التى تحملتها جمهورية مصر العربية خلال عام ١٩٧٩، وهذا يعكس مدى إنتشار الظاهرة وظورتها:

جدول رقم (۱)

المبلغ المنصرف بالجنيه المصري	الهيئـــة
۰۰۰۰ مر۱	كنفقات أجهزة المكافحة التابعة لوزارة الداخلية
۲۰۰۰،۰۰۰	نفقات أجهزة المكافحة التابعة لوزارة الدفاع
٩,	نفقات أجهزة المكافحة التابعة لوزارة المالية
۸٫۰۰۰	نفقات أجهزة المكافحة التابعة لوزارة الصحة
۱۰۰۰ره۱	تفقات تحليل عينات المخدرات
۰۰۰ره۹	نفقات التحقيقات والمحاكمات
1.,	خفقات علاج وتأهيل المدمنين
۰۰۰ره	نفقات الإجراءات الوقائية
1£.,,	اثمان المغدرات المستهلكة
۰۰۰ر ۸۲۹ر۱۶۲	المجموع الكلي

وإذا نظرنا الى المجموع الكلى للهيئات المختلفة لما أنفقت فى سبيل مكافحة تهريب المخدرات لوجدتا أنه يمسل جزءاً كبيراً من اقتصاديات مصر، فهو يمثل نصف قيمة الصادرات السلعية المصرية باستثناء البترول، إذ أن كل صادراتنا الزراعية والصناعية وغيرها تصل الى ١٥٠٠ مليون جنيه، أى أن نصف المبلغ يخرج مرة أخرى مهرياً، وهو يزيد

عن مجموع ما نتحصل عليه من ضرائب على الايراد العام وعلى النشاط الاقتصادى الفردى.ومن المدهش أن متوسط دخل الفرد في مصر لا يتجاوز . ٥ دولار سنوياً ومع ذلك فإن متوسط ماينفقه الفرد على المكيفات يبلغ أكثر مما ينفقة على المسكن والغذاء وخصوصاً بين أصحاب الدخول المحدودة،إذ أن أسعار هذه العقاقير باهظة وتكلف الفرد أكثر من ٥-٠٠ جنيهات متوسط يومى للجرعة الواحدة وهذا يفوق بكثير دخله العادى. عا يدفع الأفراد المدمنين دائماً إلى السرقة للحصول على المخدر. (١)

ويبين جدول رقم(٢) أسعار المواد الطبيعية والتبخليقية في عام١٩٩٧، ومقارنتها بعام ١٩٨٧:

جدول رقم (۲)

أسعار ۱۹۸۲	أسعار ۱۹۷۷	المادة المخذرة
		أرلاً - المغدرات الطبيعية:
۲۷۰۰ – ۷۰۰ ج (الجيد)	٦٠٠ - ١٠٠٠ ج (الجيد)	الحشيش (الأقة)
۲۵۰۰ – ۳۰۰۰ (الشعبي)	۲۵۰ - ۳۰۰ (الشعبي)	
۱۱۲ ألف جنيه وكان متوسط	۱۸۰۰ – ۲۰۰۰ ج	- الأفيون (الآقة)
سعره قد وصل إلى ١٣٠ الف ج.		
		ثانياً - العقاقير التخليقية:
٧٥ قرشاً	٢٥ قرشاً .	- الموتولون (القرض)
٣ جنيهات للقرص	۱۰ قروش	- الريثالين (القرض)
٧٥ قرشاً	۲۵ قرشاً	- المائدركس (القرّص)
۵۰ قرشاً	۱۰ قروش	النورين (القرصُ)
۸ جنیهات	ە جنيهات	- كودايين فوسفات (أجم)
١٠ جنيهات للجرام	٥ چنيهات	- کودایین بیور (اجم)
٠٠ - ٧٥ جنيها للسم	٥ جنيهات	- ماكستون فورت (الشَّمَ ٢)

 ⁽١) الادارة العائمة لمكافحة المخدرات ١٩٨٣، التقرير السنوي. القاهرة: هيئة المطابع الأمرية. ص ص ٣١ - ٤٥.

ويبين جدول رقم (٣) عدد المدمنين الذين دخلوا المستشفيات للعلاج من إدمان المخدرات .

جدول رقم (٣)

الجهة	عدد الباقين	عدد الذين	عدد التقدمين
	تحت العلاج	تم علاجهم	للعلاج
الصحة النفسية بالخانكة		4£	6V
الصحة النفسية بالعباسية		10.	0F/
	**	415	٧٤.

وهناك ٢٠٢ مدمن مسجلين بسجلات الجمعية المركزية لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات القاهرة. وسنعرض فيما يلى جداول توضح احصائيات باجمالي ما ضبط من مخدرات في جمهورية مصر العربية عام ١٩٨١:

الكميات		عدد التهمين	عدد القضايا	
ك	ج	س		
79.87	417	44	۸۱۹۳	V14V

وستعرض الباحثة بعد ذلك لجداول تبين جملة المخدرات المضبوطة بمعرفة أجهزة المكافحة المختلفة في جمهورية مصر العربية عام ١٩٨١. (١)

 ⁽١) الادارة العامة لمكافحة المخدرات ١٩٨٣، التقرير السنوي. القاهرة: هيئة المطابع الأميرية. ص ص ٢٦ - ٧.

جدول رقم (٤)

الكمية				عدد	عدد	
	ك	٦	س	المتهمين	الغضب	المادة المحدره
	14741	101	٧٧	2005	2 A2	حشيش
	270	170	44	٤٣	444	أفيون
٦٣٨٢٩ شجيرة	3.5	771	40	۷۸۷	٤٣٨	زراعات (حشيش)
۱۱۳۰۰ه کشجیرة				٥٣٨	770	زراعة خشخاش
						مواد مؤثرة على
٠ ٢٩٩٩سم٢	7.7	271	٤١	1-41	447	الحالة النفسية
				W71V	VPYA	إجمالي

ا - الإدمان : Addiction

إدمان المخدرات أو الكحوليات. ويقصد به التعاطى المتكور لمادة نفسية، أو لمواد نفسية لدرجة أن المتعاطى (ويقال المدمين) يكشف عن النشغال شديد بالتعاطى، كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع، أو لتعديل تعاطيه، وكثيراً ما تظهر عليه أعراض الأنسحاب إذا ما أنقطع عن التعاطى، وتصبح حياة المدمن تحت سبطرة التعاطى إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر. ومن أهم أبعاد الإدمان ما يأتي:

(أ) ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة وهو ما يعرف بالتحمل. (في) وإعتماد له مظاهر فيزبولوچية واضحة.

(ج) حالة تسمم عابرة أو مزمنة.

(د) رغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة

النفسية المطلوبة بأبة وسيلة.

(ه) تأثير مدمر على الفرد والمجتمع.

وقد استمرت المحاولات منذ العشرينات المبكرة وحتى أوائل الستينيات لإقرار التمييز بين الإدمان والتعود صورة بطقار التمييز بين الإدمان والتعود صورة من التكيف النفسى أقل شدة من الإدمان. ولكن في أوائل الستينيات أوصت هيئة الصحة العالمية بإسقاط المصطلحين: الإدمان، والتعود، على أن يحل محلهما معاً مصطلح جديد هو الاعتماد.

Craving : اللهفة - ٢

رغبة قوية في الحصول على آتار مخدر أو مشروب كحولى، وللهفة بعض الخصائص الوسواسية، فهي لا تفتأ تراود فكر المدمن، وتكون غالباً مصحوبة بمشاعر سيئة.

۳ - الاعتماد : Dependence

حالة نفسية، وأحياناً تكون عضوية كذلك، تنتج عن التفاعل بين كائن حى ومادة نفسية، وأحياناً تكون عضوية كذلك، تنتج عن التفاعل بين كائن دائماً على عنصر الرغبة القاهرة في أن يتعاطى الكائن مادة نفسية معينة على أساس مستمر أو دورى (أي من حين لآخر) وذلك لكى يخبر الكائن آثارها النفسية، وأحياناً لكى يتحاشى المتاعب المترتبة على افتقادها. وقد يصحبها تحمل أو لا يصحبها. كما أن الشخص قد يعتمد على مادة، واحدة أو أكثر. وتستخدم أحياناً عبارة «زملة أعراض الاعتماد» باعتبارها واحدة من فئات التشخيص السيكياتري (أي الطب نفسى) لمجموعة من الاضطرابات المصاحبة لتعاطى المواد النفسية، وقد ورد ذكرها في التصنيف الصادر عن هيئة الصحة العالمية للاضطرابات النفسية والسلوكية، المعروف باسادر عن هيئة الصحة العالمية للاضطرابات النفسية والسلوكية، المعروف باسادر عن هيئة الصحة العالمية للاضطرابات النفسية والسلوكية، المعروف

Psychic Depenence : الاعتماد النفسي - 1

موقف يوجد فيه شعور بالرضا مع دافع نفسى يتطلب التعاطى المستمر

أو الدوري لمادة نفسية بعينها لأستثارة المتعة أو لتحاشي المتاعب. وتعتبر هذه الحالة النفسية هى أقوى العوامل التي ينطوي عليها التسمم المزمن بالمواد النفسية. وفي بعض هذه المواد تكون هذه الحالة هى العامل الأوحد الذي ينطوي عليه الموقف.

ه - الاعتماد العضري : Physical Dependence

حالة تكيفية عضوية تكشف عن نفسها بظهور اضطرابات عضوية شديدة في حالة انقطاع وجود مادة نفسية معينة أو في حالة معاكسة تأثيرها نتيجة لتناول الشخص أو الكائن عقارا مضاداً Antagonist. وتتكون الاضطرابات المشار إليها (وتسمى أعراض الانسحاب) من مجموعة من الأعراض Symptoms (۱۱) والعلامات Signs (۱۲) ذات الطبيعة العضوية والنفسية التي تختص بها كل فئة من المواد النفسية دون غيرها. ويمكن التخلص من هذه الأعراض والعلامات بعودة الشخص أو الكائن إلى تناول المادة النفسية ذاتها أو مادة أخرى ذات تأثير فارماكولوچى عائل داخل الفئة نفسها التي تنتمى إليها المادة النفسية الأصلية. ويعتبر الاعتماد العضوى عاملاً قوياً في دعم الاعتماد النفسي وتأثيرة في الاستمرار في تعاطيها بعد محاولات الانسحاب.

٦ - إمكانية الاعتماد (أر الإمكانية الاعتمادية) :

Dependence Potential

الخصائص التى تتوافر في أية ماده نفسية، بناء على ما لها من تأثير فارماكولوچى على عدد من الوظائف النفسية أو العضوية، وبمقتضاها برتفع احتمال الاعتماد على هذه المادة. وتتحدد الإمكانية الاعتمادية

⁽١) الجوائب الفاتية من الاضطراب.

⁽٢) الجوانب الموضوعية من الاضطراب.

للمادة بناء على خصائصها الفارم كولوچية التى يمكن قياسها بإجرأت محددة على الحيوان والإنسان.

Dependence Iiability : احتمالات الاعتماد - ٧

احتمال أن تحدث مادة نفسية اعتماداً لدى الحيوان والإنسان . وعند تقدير احتمالات الاعتماد لأية مادة نفسية نأخذ في اعتبارنا الإمكانية الاعتمادية لهذه المادة مضافاً إليها عدد من العوامل غير الفارماكولوچية في الفرد والمجتمع مما يساعد على الاعتماد، مشل الشمن الذي يتكلفه الفرد، ومدي توافر هذة المادة، والعادات الاجتماعية السائدة.

A - الواد الحدثة للاعتماد: Dependence Producing Drugs

مواد تتوافر فيها القدرة على التفاعل مع الكائن الحى فتحدث حالة اعتماد نفسي أو عضوي أو كليهما معاً. وقد تتناول هذه المادة النفسية في سياق طبي أو غير طبي دون أن يترتب على ذلك بالضرورة حدوث الاعتماد. ولكن بمجرد نشوء حالة اعتماد فسوف تختلف خصائصها باختلاف فئة المادة النفسية المعينة. فبعض المواد بما في ذلك المادة النهودة في القهوة والشاي. كفيلة بأن تحدث اعتماداً بمعنى عام أو متسع المواد، التي تؤثر في الجهاز العصبى المركزى تأثيراً منشطاً ومرتبطاً، أو المواد، التي تؤثر في الإدراك، أو في المزاج، أو في التفكير، أو في المركد، ويُعرف عن هذه المواد عموماً أنها إذا استجدمت في سياق بعينه فإنها تكون كفيلة بإحداث مشكلات ذات طبيعة فردية وعامة في آن معاً. هذه المفاد من شأنها أن تحدث أقداراً كبيرة من الاعتماد وفيما للفئات من المواد من شأنها أن تحدث أقداراً كبيرة من الاعتماد وفيما

= فئة الكحوليات: وتشمل جميع المشروبات الكحولية.

فقة الأمفيتاميثات: مثل الأمفيتامين، والدكسامفيتامين،
 والمتامفيتامين والمثايلفيتايديت، والفينميترازين.

- فقة اثبارهیتورات: مثل البابیتورات (خاصة ذات التأثیر قصیر المدی ومتوسط المدی)، وصواد أخری ذات تأثیر مهدئ مشل الكلوردیازیبوکساید (وهو المعروف بالببریوم)، والدیازیبام (وهو القابوم)، والمیتاکوالون.
- فقة القنبيات: مثل مستحضرات القنب، بما في ذلك الماريوانا (كما هو معروف في الغرب)، والبانج والجانجا والكاراس(كما هو معروف في الهند) والكيف (كما هو معروف في الشمال الأفريقي)، والحشيش (كما هو معروف في مصر).
 - فئة الكوكايين: وتشمل الكوكايين، وأوراق الكوكا، والكراك.
- قئة المهلوسات (أي محدثات الهلاوس)(١): مثل الليسيرجايد (المعروف باسم LSD)، والمسكالين، والسايلوسيبين.
 - و فئة القات.
- فئة الأفيونيات(أو المورفينيات):مثل الأفيون،والمورفين،والهيروين، والكودايين، وبعض العقاقير المخلقة ذات الآثار الشبيهة بآثار المورفين الميثادون والبيثيدين
- فئة المواد الطبارة (الاستنشاقية): مشل الأسيتون، والجازولين،
 وبعض المواد المستخدمة في التخدير مثل الإثير، والكلوروفورم.
 - فئة الطباق (النيكوتين).
 - فئة البن والشاي (الكفايين).
 - Neuroadaptation : التكيف العصبي ٩

مجموع التغيرات العصبية المصاحبة لكل من التحمل وظهور أعراض

 ⁽١) الهلاوس جمع هلوسة. رنهلرسة إدراك حسي لا يقابله منهه حسي ملاتم. والهلوسة قد تكون بصرية أر سمعية أو شبية و : رقية أو لمسية. (Goodwin 1989)

الانسحاب. وفي بعض الحالات تكون هذه التغيرات مزعجة جداً كما فى حالة الأفيونيات.ومن المكن أن ينشأ «التكيف العصبي» دون أن نلحظ معه أي مظاهر معرفية أو سلوكية. مثال ذلك أن بعض مرضى الجراحات عن يعطون مواد أفيونية لتخفيف الألم Intoxication هؤلاء يمكن أن تظهر عليهم أعراض الانسحاب دون أن يصحب ذلك أية رغبة لديهم لمواصلة تعاطى المواد الأفيونية.

المعنوب : Intoxication - ١٠

طالة تعقب تعاطي إحدى المواد النفسية وتنطوى على اضطرابات في مستوى الشعور، والتعرف، والإدراك، والوجدان أو السلوك بوجه عام، ورعا شملت كذلك وظائف واستجابات سيكوفيزيولوچية. وترتبط هذه الاضطرابات ارتباطأ مباشراً بالآثار الفارماكولوچية الحادة للمادة النفسية المتعاطاة، ثم تتلاشى بمرور الوقت ويبرأ الشخص منها قاماً، إلا إذا المتعاطاة، ثم تتلاشى بمرور الوقت ويبرأ الشخص منها قاماً، إلا إذا أحياتاً على أثر شرب الكحوليات (فنتحدث حينئذ عن تسمم كحولي)، أحياتاً على أثر شرب الكحوليات (فنتحدث حينئذ عن تسمم كحولي)، بالتدريج. ويتأثر التعبير السلوكي عنها بالتوقعات الشخصية والحضارية بالشائعة (في رقعة حضارية معينة) حول الآثار التي يمكن أن تترتب على الشائعة (في رقعة المادة المتعاطة وأسلوب التعاطى.

Tolerance : محمل - ۱۱

تغير عضوي (فيزيولوجي) يتجه نحو زيادة جرعة مادة محدثة للإدمان بهدف الحصول على نفس الأثر الذى أمكن تحصيله من قبل بجرعة أقل. ويمكن أن يحدث التحمل بفعل عواصل فيزيولوچية أو عوامل نفسية اجتماعية. وقد يكون التحمل عضوياً، أو سلوكياً. والتحمل العضوي (الفيزيولوچي) عبارة عن تغير في الخلايا المستقبلية بحيث يتضاء أثر جرعة المادة المتعاطاة حتى مع بقاء هذه الخلايا معرضة لنفس تركيز المادة. ويقصد بالتحمل السلوكي تغير في تأثير المادة المتعاطاة ينجم عن تغير في بعض قيود البيئة. ويشار بالتحمل العكسي Reverse Tolerance إلى تغير يصحبه زيادة الاستجابة لنفس الجرعة من المادة المتعاطاة.

ت محمل متعد : Cross - Tolerance

يشار بالتحمل المتعدي إلي انتقال أثر التحمل من المادة المتعاطاة أصلاً إلى مواد نفسية أخرى من الفئة نفسها أو من فئة قريبة.

مشال ذلك أن التحمل الذي ينشأ مع تعاطى الهيروين يمتد أثره ليشمل المورفين والعكس.كما أن التحمل الذي ينشأ مع شرب الكحوليات لا يلبث أن يصبح تحملاً متعدياً نحو فئة اليارييتورات.

Withdrawal : انسحاب - ۱۲

مجموعه من الأعراض تختلف في بعض مفرداتها وفي شدتها تحدث للفرد على أثر الاتقطاع المفاجئ عن تعاطي مادة نفسية معينة، أو تخفيف جرعتها ، بشوط أن يكون تعاطي هذه المادة قد تكرر كشيراً واستمر هذا التكرار لفترات طويلة أو بجرعات كبيرة.

وقد تأتي هذه الأعراض مصحوبة بعلامات على الاضطراب الفيزيولوچي. وتعتبر حالة الانسحاب دليلاً على أنه كانت هناك حالة اعتماد. كما أن حالة الانسحاب تستخدم للتعريف السيكوفارماكولوچي الضيق بمعنى الاعتماد. ويتوقف منشأ الإنسحاب ودوامه على نوع المادة المتعاطاة وجرعتها قبل الانقطاع أو قبل تخفيض هذة الجرعة مباشرة. ويكن القول إن مظاهر الانسحاب عكس مظاهر التسمم الحاد.

ويحتوى تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية «ICD 10» الصادر

عن هيئة الصحة العالمية (تحت مادة «حالة انسحاب») على تنبيه إلى أن كثيراً من أعراض الانسحاب يمكن أن تنشأ نتيجة لاضطرابات سيكياترية لاعلاقة الها بتعاطي المواد النفسية، مثل القلق، والحالات الاكتئابية وهو ما يستوجب حرصاً خاصا من القائم على التشخيص أو العلاج.

١٣ - تعاطى المواد النفسية : Drug abuse

يشيع بين كثير من الكتاب العرب أن يستخدموا في هذا الصدد تعبير «سوء استعمال المخدرات»، وهذه العبارة ترجمة حرفية للكلمة الإنجليزية Abuse ومع ذلك فاللغة العربية تغنينا عن ذلك. فقد ورد في «لسان العرب» لابن منظور ما نصه: «والتعاطي تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله». وبناء على ذلك نقول تناول فلان الدواء، ولكنه تعاطى المخدر.

ويشار بالمصطلح إلى التناول المتكرر لمادة نفسية بحيث تؤدي آثارها إلى الإضرار بمتعاطيها، أو ينجم الضرر عن النتائج الاجتماعية أو الاقتصادية المترتبة على التعاطي.

ولا يستتبع التعاطى بالضرورة نشوء الاعتماد أوالتحمل.

١٤ - تعاطم تجريبي (أو استكشافي) :

Experimental use or abuse

عملية تعاطي المواد النفسية، في أول عهد المتعاطي بها، وهو بعد في مرحلة تجريبها لاستكشاف أحواله معها، حتى يرتب على ذلك الاستمرار في تعاطيها، أو الانقطاع عن التعاطي .

10 - تعاط متقطع (أو بالمناسبة) : Occasional use

عملية تعاطى المواد النفسية كلما حانت مناسبة اجتماعية تدعو إلى ذلك، من هذا القبيل المناسبات الاجتماعية السعيدة، كالحفلات والأفراح، وتختلف هذه العملية في ارتفاعها باختلاف البيئات الحضارية العريضة، كما تختلف باختلاف الشريحة الاجتماعية التي ينتمى إليها المتعاطى. ويشير التعاطى المتقطع إلى مرحلة متقدمة (عن مرحلة التعاطى التجريبي) في ارتباط المتعاطى بالتعاطى.

۱۹ - التعاطى المنتظم : Regular use

عملية التعاطى المتراصل لمادة نفسية بعينهاعلى فترات منتظمة، يجرى توقيتها بحسب إيقاع داخلى (سيكوفيزيولوچى) لا على حسب مناسبات خارجية (اجتماعية). وتعتبر هذه العملية مرحلة متقدمة (عن مرحلة التعاطى بالمناسبة) في تعلق المتعاطى بالتعاطى.

Multiple drug use : التعاطى المتعدد للمواد النفسية - ١٧

يشار بهذا المصطلح إلي تعاطى المتعاطى عدداً من المواد النفسية، بدلاً من الاقتصار على مادة واحدة. وقد يتعاطى هذه المواد المتعددة معاً في وقت واحد، وقد تكون الإشارة إلى انتقاله من مادة إلى مادة أخرى عبر فترة زمنية محددة.

Psychoactive drug : مادة نفسية - ۱۸

أي مادة إذا تناولها الإنسان أو الحيوان أثرت في نشاط المراكنز العصبية العليا، أو ما اصطلحنا على أن نسميه (في حالة الإنسان) بالعمليات النفسية. وقد يكون تأثير هذه المادة في أتجاه التنشيط -Stim بالعمليات النفسية. وقد يكون في اتجاه التخميد Sedation، وقد يكون في اتجاه إحداث بعض الهلاوس Hallucinogenic. ويستخدم أيضاً بالمعنى نفسه مصطلح إنجليزي آخر غير المصطلح الوارد في صدر هذه الفقرة وهو -Psy.

ويفضل بعض الكتاب الإنجليز والأمريكيين تخصص المصطلح الأخير للمواد النفسية الدوائية أي التى تصنع أصلاً لتكون بمنزلة أدوية للاضطرابات النفسية على أن يعامل المصطلح الأول كاسم لفئة عامة تشمل الأدوية وغير الأدوية من المواد التي تؤثر في العمليات النفسية.

Narcotic : مخدر - ۱۹

يشار بهذا المصطلح إلى معان متعددة ومتداخلة بدرجة تدخل الغموض والإبهام أحياناً على المقصود منه في هذا النص أو ذاك. لذلك يتحرج كثير من أهل الاختصاص الآن في استخدامه إلا في أضيق الحدود. ويكون ذلك فقط عند الإشارة إلى مجموعة المواد النفسية المحرمة قانوناً والواردة على سبيل الحصر في الاتفاقية الدولية المعروقة باسم «الاتفاقية الوحيدة بشأن الجواهر المخدرة، اسنة ١٩٦١ » (**). أما عن هذه المواد فهي القنب ومشتقاته، والأفيون ومشتقاته، وشجرة الكوكا ومشتقاتها. وعلى أية حال فقد أسقط هذا المصطلح من نظام تصنيف الاضطرابات النفسية الصادر عن هيئة الصحة العالمية في أحدث مراجعاته، وهو المعروف باسم الحادر عن هيئة الصحة العالمية في أحدث مراجعاته، وهو المعروف باسم الحادر عن هيئة الصحة العالمية هي أحدث مراجعاته، وهو المعروف باسم الحادر عن هيئة الصحة العالمية هي أحدث مراجعاته، وهو المعروف باسم الحادر عن هيئة الصحة العالمية هي أحدث مراجعاته، وهو المعروف باسم الحدد عن هيئة الصحة العالمية هي أحدث مراجعاته، وهو المعروف باسم الحدد عن هيئة الصحة العالمية هي أحدث مراجعاته، وهو المعروف باسم الحدد عن هيئة الصحة العالمية هي أحدث مراجعاته، وهو المعروف باسم الحدد عن هيئة الصحة العالمية هي أحدث مراجعاته، وهو المعروف باسم الحدد عن هيئة الصحة العالمية هي أحدث مراجعاته، وهو المعروف باسم الحدد عن هيئة الصحة العالمية هي أحدث مراجعاته، وينما استخدم مصطلح «المواد النفسية».

۲۰ - الاعتماد المتعدى : Cross - dependence

هذا مصطلح فارما كولوچي يستخدم للإشارة إلى إمكانية أن تحل مادة نفسية محل مادة نفسية أخرى محدثة للاعتماد، ويكون ذلك بأن تفتع هذة المادة الجديدة ظهور الأعراض الانسحابية التي تشرتب على المتوقف عن تعاطي المادة السابقة عليها. مثال ذلك أنه إذا نشأ الاعتماد لدى شخص على أحد الملطفات من فنة البنزوديازيبين وتوقف عن تعاطبة فإنه يكون على استعداد عال بظهور الاعتماد لديه على أي ملطف آخر من الفنة نفسها.

^{(*) &}quot;Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, New York: U. N. 1961".

٢١ - الجرعة الزائدة : Overdose

ينطوى هذا المصطلح على إقرار بوجود جرعة مقننة Standardized ، وهي الجرعة التي اعتاد المتعاطى المستمر (سواء كان الاستمرار منتظماً أو متقطعاً) أن يتعاطاها من أية مادة نفسية للحصول على النشوة الخاصة بهذه المادة. فإذا زادت الجزعة عن ذلك (لسبب ما) في إحدى مرات التعاطى فإنها تحدث آثاراً معاكسة حادة Acute Adverse ، وتكون هذه الآثار عضوية أو نفسية. وتكون هذة الاثار غالباً مؤتة ثم تزول تلقائياً، لكنها قد تحتاج إلى قدر من الرعاية الطبية.

الفصل التابي الدراسة النظرية

م تعريف الخدرات

مرنبذة تاريخية عن الخدرات

الواجهة السيكولوجية للإدمان

النظرية السلوكية للإدمان على الخلرات

نظرية التحليل النفسى للإدمان على الخدرات

الواجهة الاجتماعية للإدمان على الخدرات

ي سمات الدمنين الاجتماعية

و دوافع التعاطي

المخدرات:

🛮 تعريفاتها :

قبل أن نتكلم ونخوض فى موضوع المخدرات لابد وأن نعرف أولاً ما هى المخدرات أو المادة المخدرة.. وبالرجوع إلى القانون رقم ٢١ لسنة ١٩٢٨ ، والقوانين الخاصة بالمادة المخدرة نجدها تحدد المواد الآتية كجواهر مخدرة:

 الأفيون الخام، والأفيون الطبى ومستحضراتهما التى تكون نسبة المورفين فيها ٢٠٠٢ فعا فوق.

 ٢ - المورفين، والكودايين والديوانين وأشباه القلويات الأخري للأفيون وجميع أملاح هذه الجواهر ومشتقاتها (وضمنها الأدوية المسماة بمضادات الأفيون) المحتوية على ١٠٠١ من الهيروين أو نسبة ٢٠٠٢ من المورفين أو الديوانين أو ٨٠٠ من الكودايين أو أي نسبة تزيد على ذلك.

٣ - الكوكا وأوراقها وثمارها ومسحوقها.

2 - الكوكايين وأملاحه والنوفاكيين ومشتقاتهما وكل المستحضرات المشتملة على واحد في الألف (١٠٠١) فما فوق من الكوكايين أو النوفاكيين.

٥ – الأيجونين.

 القنب الهندي وجميع مستحضراته ومشتقاته تحت أي اسم تعرض به في التجارة.

وكذلك كل مستحضر أقرباذيني يحتوي على جوهر من الجواهر المذكورة. بنسبة تساوي النسبة السابق ذكرها أو تزيد عليها أي اثنين في الألف (٢٠٠٢)من المورفين أو الديوانين وثمانية في الألف(٨٠٠٠)من الكودايين وواحد في الألف من الكوكاتين ١٠ منه النوفاكيين أو الهيروين ١٠

وبذلك بجد أن المعرف القالوسي المنحن [إلى قد وصفها بأنها مجموعة المواد التي تسبب الإدمان ويسمم الحهار العصبي ويحظر بداولها أو راعتها أو صنعها إلا لأعراض بحددها القانون ولا تستعمل الا بواسطة عن يرخص له بذلك، فالمخدر هو كل مادة تعير وظيفة أو أكثر من وظائف الكائن الحي عند تعاطيها وتؤثر على الفرد بطرق متعددة وتغير من نفسيته، انفعالاته، وعواطفه أو تتلف المجتمع (٢٠).

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية WHO العقار السبب للادمان بأنه عقار ذو قابلية للتفاعل مع الكائن الحي، بحيث يؤدي ذلك التفاعل إلى الاعتماد النفسى أو العضوي أو لكليهما، وقد تستعمل هذه العقاقير لأغراض طبية دوغا تؤدي إلى حدوث هذا التفاعل بالضرورة، وخواص حالة الاعتمادعلى العقار تختلف حسب نوع العقار المستعمل، فهناك من العقاقير ما يسبب التبعية الشديدة للجهاز العصبى أو الهبوط أو إختلال الادراك، والانفعال والتفكير والسلوك والوظائف الحركية. بحيث تؤدي تحت ظروف معينة من التعاطى إلى المشاكل التي تضر بحالة الفرد والمجتمع الصحية ""

وقد صنفت منظمة الصحة العالمية .() W.H هذه المجموعة التي يعنيها
 التعريف على النحو التالي:

التمط الكحولي: الباربتيوركي Barbituratic ويشمل الخمر،
 السارابتسورات والمهدئات مثل الكورال Coral والباربيتورات Barbitu-

 ⁽١) حسن فتح الباب ١٩٦٧ المحدرات سلاح الاستعمار والرجعية. القاهرة: دار الكاتب لعربي. ص٧

⁽²⁾ Norback J., 1980. The Alcohol and Drug Absue-Yearbook Directors. New York: Vannorstrand. P 443

⁽³⁾ World Health Organization 1977, The Use of Cannabis, Technical Report, No. 478, Geneva. W.H.O. P. 478.

rates والماندركس Mandrex والليبريوم. Librum والماندركس Mandrex والميثال Librum والميبريوم Sychoparbital والميثالكون Mexbromates والميثالكون والجلوتوميد Methcalone and Glotomide

Y-النمط الأمفيتامين: الأمفيتامين Amphetamine ، ديكسامفيتامين Retaline ، ديكسامفيتامين ، Retaline ، ديتالين و Dexamphetamine ، ويتالين Methel Phendets والفيئترازين Phentrizine والفيئترازين . Phentrizine

T - النمط القباني: الحشيش Hasish أو الماريجوانا Marijuana.

٤ - النبط الكوكابيني: الكوكابين Cocaine وأوراق نبات الكوكا
 . Coca Sative

(Lesergicacid Dythelamide) LSD - التسط الهلوسسى: الـ Zaylosaybeen
 والمسكالين Myscalin والزايلوسايين

۱- النمط الأفيوني: الأفيون، والمورفين Morphine الهيروين والكودايين Codine والميثادون Mathadone والبيثيدين Bethedin.

٧ - النبط القاتى: نبات القات.

٨ - غط المذيبات المتطابرة: التولوين، الاسيتون، رابع كلوريد الكريون(١).

وسوف نهتم بدراسة المخدرات المسببة للإدمان. وقد صنفت هذه المخدرات وفق آثارها وما تجلبه للفرد:

الغدرات السبية للإدمان: Drug Addicting والمسماة بالمخدرات الخطيرة وهي قيت الألم النفسي وتخلص المدمن من الكدر وليست كلها

⁽¹⁾ World Health Organization, 1967, Services for the prevention and Treatment of Dependence on Alcohol and Other Drugs, Techn. R. Ser. No. 363, Geneva: W.H.O

منومة تخدر الأنا قينعزل الفرد عن المثير الداخلي والخارجي وينسحب إلى حالة من الصفاء أو الهدوء النرجسي وهي أنواع أهمها :الأفيون ومشتقاته
وتشمل المورفين وصبغ الأفيون وصبغ الأقيون الكافوري والديلوديد والهبرويين والكوكايين. وتشمل أيضاً المخدرات المركبة كالبيثيريين هيدروكليد، ميربيريدين هيدروكلوريد، والميثادون هيدروكليد. وكذلك تضم الكوكايين والحشيش.

٧ - مغدرات معودة: Drug dependence Preducing المخدرات المحودة، وتشمل المخدرات مسببة الإدمان بالإضافة إلى المهدئات والمنومات والمنشطات، وتشمل المنومات البارابيتيورات والبروميد والبارالدهايد والكورال هيدرات والكحول، وتشمل المنشطات الأمفيتامين سولفات (البنزدرين)، والديكسامفيتامين سولفات (الديكسورين) والفيمنيميتراين هيدروكلوريد (بريلودين) والأفيدرين، كذلك المهدئات والمنومات غير البارابيترية مشل الميثيلبنتينول والميبرومات والجلوتيميد، وكذلك الكاورفورم والايثير.

Trug Psychotogenic Hallucinogens أو مغدرات معدلة للذهان Phantas المخدرات المنتجة لتهيؤات بصرية أطلق عليها ليثين Levin اسم - Levin المخدرات المنتجة لتهيؤات بصرية أطلق عليها ليثين الهلوسة LSD والبسيلوسيبين وكلها عقاقير تحدث تغييرات في الانتباه والانغعال والادواك الحسي وتخلق أوهاما وهلوسات وخاصة الهلوسات البصرية التي قد تكون ملونة أو أحادية اللون وقد تأخذ أشكالاً فسيفسائية محتواها انساني أو طبيعي (١).

مريناية استخدام المخدرات :

عرف الانسان الأول طريق عيشه. .طريق الجهد والألم والعرق، وتعقدت

 ⁽۱) عبد النعم الخفني، ۱۹۷۸: موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. القاهرة: مكتبة مديولي. ص ص ۲۶ ~ ۲۶۳.

الحياة بعد تكاثره وانتشاره، وما نشأ عنهما من زيادة الاحتياجات وزيادة الاضطرابات النفسية والاجتماعية، وبدأ يدرك أهمية سد حاجاته إلى الراحة بعد العمل المتواصل والكفاح الشاق، وتشبعت آماله وكثرت آلامه، ولم تعد اللحظات التي يختلسها ليريح جسده المكدود تفي بما ينشده من تسرية عن نفسه، فبدأ يبحث عن جديد يخفف آلامه وعنحه المزيد من الراحة والبهجة معاً، وانحرف به البحث إلى بعض النباتات والحشائش التي كان يستخدم سيقانها وأليافها في صناعة الحبال، وغيرها ووجد في ثمارها وأوراقها السلوى والزاحة اللتين ينشدهما، فمنذ انفجار الحضارة ويزوغها استخدمت المخدرات كوسيلة تحدث تغيرات في حالات الوعى والشعور، والحالات الطبيعية مثل النوم، البهجة، الرضا، التوتر، السعادة واليقظة والتنبيه يمكن للمخدرات أن تحدث تغيرات عميقة فيها وتضيف لها أبعاداً جديدة، فالمخدر يمنع الفرد طريق واحد فقط، ويتمثل هذا الطريق في تغير حالة الفرد العقلية الذاتية الى حالة تتفق مع رغباته، والطبيعة البشري ترمى دائماً وأبداً إلى الوصول إلى اللذة وتجنب كل ما يؤدي للألم، والمخدرات دائماً هي تلك الأداة التي كانت توفق بين اللذة والألم (١).

أولاً - الأفيون :

تېدة تاريخية عنه :

إن استعمال المخدرات أو اساءة استخدامها كوسيلة لتغيير الحالة الشعورية فكرة قديمة، بل هي أقدم من الزراعة. فقد ظهر في لوحة سومرية سنة ٢٠٠٠ قبل الميلاد وصف لنبات الأفيون أطلقوا عليه اسم (نبات السعادة). وفي سنة ٣٣٠ قبل الميلاد جاء في لوحة سومرية أخري وصف حصاد الأفيون. وقد استعمل قدماء المصريين الأفيون كما جاء في بردية

⁽¹⁾ Belknad J.K., 1978, Drugs and Human Behaviour, In: Joltz man, W.H., (ed) Introductory Psychology in Depth-develomental Topics; New York: Harper,s College Press. P. 258.

أيبر سنة . 10 قبل المسلاد حيث أشاروا إلى دوا عنع الأطفال من الأفراط في البكاء، ويشير هوميروس في الأوديسا إلى استعمال الأفيون الإزالة الكرب والضيق. وكان تمثال التوم عند الاغريق (هيبنوس) ونفس الاله عند الرومان (سومنوس) مزيناً بنسات الخشخاش، وفي أساطير الرومان كان سومنوس يسكب عصيراً من وعا عنى عيني النائم، وقد استعمل جالينوس الطبيب الاغريقي الأفيسون بكثرة لعلاج الصداع والدوخة والمغص والحمى والجزام وأمراض أخري كثيرة، ويشير جالينوس إلى أن الأفيون كان يمزج بالسكر ويباع في الشوارع للناس لاستخدامه من أجل الترفيه. ويشير المؤرخون إلى أن الامبراطور الروماني ماركوس أريليوس كان مدمناً على الأفيون وعاني من أعراض الامتناع

وقد استعمل العرب الأفيون ووصفه البيروني في كتابه سنة ١٠٠٠ بعد الميلاد، كما وصف أعراض الإدمان عليه، وقد برع ابن سينا فسي استخدامه في العلاج.

وقد ذكر الأقيون ضمن الأقراص الطبية للآشوريين في القرن السابع قبل الميلاد وتردد ذكره ٤٢ مرة ضمن ١١٥ عقاراً طبياً جميعها من أصل نباتي. وكذلك عرف الأقيون كدوا عنى أوروبا في عصر المسيح، وكان الطبيب الأوروبي باراسلوس قد استخدمه في العلاج سنة ١٧٠١، وفي القرن الثامن عشر قال الطبيب الانجليزي المشهور توماس سيدنهام «ان علاج الأمراض مستحيل بدون الأفيون»، وكان يستخدم على شكل سائل مركب سماه لاندوم Landoum وقد بدأ الاكلينكيون الأوربيون باستعمال اللاتدوم طبياً بنفس الصورة الطبية المنتشرة حالياً (١١).

وهكذا يبدو لنا أن استعمال الأفيون قد بدأ منذ العصور الأولى لوجود الانسان وقد انتشر استخدامه أكثر بتزايد حاجات الانسان وانتشار

 ⁽١) الأمم المتحدة ١٩٧٦، مكافحة اساءة استعمال المخدرات. نيويورك: چينيف. ص ص
 ٢٦ . ٢٦٨.

الحروب حيث سئم الناس حياة الجد والعمل في أيام الحروب المفزعة، فلجأوا إلى المخدرات ملتمسين الراحة والخمول وعدم التفكير في سوء حالتهم فجعلوا المخدرات غذاء لنفوسهم ودواء الأمراضهم وأكسير لحياتهم، وزاد انتشار استعمال الأفيون إلى أن أصبح اساءة استعماله خطراً اجتماعياً واقتصادياً رهيباً يهدد معظم الدول وبخاصة الدول النامية.

تعريف الأفيون :

يذهب معظم الباحثين إلى أن كلمة أنيون مشتقة أساساً من كلمة -Opi الساليونانية ومعناها العصارة. وقد عنى الكشيرون بتحليل هذه العصارة، فرجدوا من خواصها وهى طازجة أنها مادة لزجة را تنجية مطاطة خفيفة اللون، تصبح بعد فترة صلبة ذات لون بنى يمبل إلى السواد، طعمها حريف مغث ورائحتها قوية منومة، أما تركيبها الكيماوي فيعرف بأنه يحتري على أربع عشرة مادة: منها القلويات وغير القلويات وغير القلويات والأحماض العضوية وأملاح الزيوت، ويتم الحصول على الأفيون من الثمار غير الناضجة لشجرة الخشخاش المعروفة باسم Paversomniferum أي زهرة النوم وطريقة الحصول عليه تتلخص فى إحداث خدوش فى الثمار غير الناضجة فيخرج منها السائل الأبيض الذي يتحول بعد ذلك إلى عبر الناضجة فيخرج منها السائل الأبيض الذي يتحول بعد ذلك إلى مادة بنية مطاطة هى الأفيون (١).

الآثار الخاصة بالأفيون :

قررت الدراسات أن آثار الجرعة الواحدة ١٠ ملجم للأفيونات تسبب أعراض المنع، وتسبب الخمول وتسكن القلق، وقد قرر بعض المفحوصين أنهم يشعرون بتشويش عقلى وندرة في الإثارات، وعدم زيادة في الرغبات الجنسية، بالرغم من القوة الجنسية التي يجلبها المخدر عن طريق اطالة مدة الجماع. ويشعر المفحوص بضيق في التنفس وانخفاض درجة

⁽¹⁾ World Health Organization 1978, Expert Committe on Drug Dependence, Techn. R. Ser. No. 618. Geneva: W.H.O. PP. 7-9.

حرارة الجسم، واكتئاب، وتنتهى هذه الحالة بعد ٢٠٤ ساعات، أما فى حالات الإدمان فإن الآثار تكون أكثر قوة وتكراراً فيزداد الخمول والقاق والضيق فى التنفس والدوار وانخفاض حرارة الجسم، ويظهر الهزال بمعدلات سريعة، والتشنيج اللاارادي للعضلات، والامساك الحاد ويقل أفراز هرمون قشرة الغذة النخامية Ach وتنتهى الاهتمامات الجنسية ويصبح الذكور ضعافاً جنسياً وينتهى الطمث عند النماء (١).

وقد وصف بريشر Brecher الآثار المباشرة لتعاطى الأفيون لأول مرة من خلال ملاحظاته الاكلينيكية بأنها شعور بالأسترخا، والراحة والنشوة مع شعور بالدوار قليل ورغبة شديدة في النوم، وهبوط في جميع العمليات الفسيولوچية نتيجة للهبوط العام في الجهاز العصبي المركزي، واحتقان أوعية المغ المعرفة، وضعف شديد في الاحساس بالألم، وبطء في حركة المعدة والأمعاء مع تقلص شديد في عضلاتها ينتج عنه فقدان للشهية والامساك. وبحدث انخفاض شديد في عضلاتها ينتج عنه فقدان للثهية عزي إلى حالة من الاعتماد الجسمي تسبب أعراضا جسمية شديدة في عودي إلى حالة من الاعتماد الجسمي تسبب أعراضا جسمية شديدة في وحدة في المزاج ،ونوبات متكررة من التثاؤب مع اتساع حدقة العين وزيادة في المزاز الدموع من العين والمخاط من الأنف، وتستمر هذه الإفرازات حتى عالة نوم الفرد، ويتضح العرق الغزير مع إسهال شديد وقي، وفقدان في حالة نوم الفرد، ويتضح العرق الغيم مصحوب بشعور بالبرودة.

وقد حدد بريشر Brecher الآثار الدائمة لإدمان الأفيون على شخصية المدمن بالآتى:

 ١ - التوتر الشديد والعصابية والحساسية الزائدة لأي مؤثر مهما كان صغيراً.

⁽¹⁾ Mehr J., 1983 Abnormal Psychology, New York: Winston and Haltrinehart. PP 240 - 241.

 ٢ - عدم القدرة على التكيف مع منطلبات الحياة، وعدم التوافق مع أفراد المجتمع.

٣ - عدم الاكتراث بشاعر الآخرين والانحلال الخلقي.

٤ - ضعف الانتاج وعدم القدرة على العمل.

 ٥ - يصبح المدمن غير عابىء بما يدور حوله من أمور وتسيطر عليه اللامبالاة.

قالأفيون يغير من أخلاق الشخص وعاداته وسلوكه الشخصى من سيى الى أسوأ ، ويضطرب جهازه الهضمى وسرعان ما يفقد ارادته ويصير سريع التأثر قريب الغضب، ثم تتدهور أخلاقه لتردي به إلى الجنون، ويعانى المدمن عند الامتناع عن المخدر من آلام المنع المفزعة سواء كانت جسمية أو نفسية وقد ينتهى إدمان الأفيون بصاحبه إلى الجنون (١)

وقد أوضح هل وهرتزن وجلسر Hill, Haertzen and Glaser أن مدمنى الأفيون يتصفون بشخصيات سيكوباتية، وأن المراهقين المدمنين للأفيون يتفق أدائهم لاختبار .M.M.D.I (اختبار الشخصية المتعدد الأوجه) مع أداء الأحداث والمنحرفين غير المدمنين، ويزيد عنهم في مقياس السيكرباتية، وأن هؤلاء المدمنين لا يشاركون في الأنشطة اليومية لمجتمعهم ويتصفون بالقلق والكبت والاكتئاب، كما أنهم غير قادرين على حل مشاكلهم اليومية (١).

طرق تعاطى الأفيون : طرق تعاطى الأفيون متعددة ومنها:

⁽¹⁾ Kimble G. A., and Others. 1980, Principles of General Psychology. New York: John Wily. PP 114 - 115.

⁽²⁾ Hill, Haertzen and Glasser. 1972, Psychological Aspects in Durg Addiction, In: David L. Silis (ed) International Encyclopedia of The Social Sciences, (Vol 3 and 4) New York: The Free Press. PP 98 - 100.

- ١ التدخان عفرده.
- ٢ يدخن في السيجارة أو الجوزة.
 - ٣ الاستحلاب تحت اللسان.
- ٤ يبتلع مباشرة مع قليل من الماء، ثم يشرب بعده فنجان من القهوة.
- ٥ يوضع في بعض المشروبات الساخنة آثناء إعدادها (كالشاي أو القهوة)(١١).

وسوء الاستعمال الأكثر شبوعا للأفيونات يشتمل على الأفيون نفسه ويحتوي على ١٠٪ مورفين Morphine وبعض مشتقاته مثل الكودايين Coadaine والهبروين Heroin ، وديدروفورفين Dedrof Hy . وديدروفورفين Dedro Hy . وديدروفورفين droksodine والايكودال Bedro Hy وعدد كبير من المحاليل المركبة مثل Haroin والبيثيدين Pethedine والديورال Demoral والدولانتين Dedro Hy والكتوبيميدون Ottobimidon والمحاليل المركبة مثل Dedro والكتوبيميدون Amedone والديوميدون Dolophine والديوميدون Dolophine

أهم مشتقات الأقيون :

(أ) المررفين : Morphine

هو أقوي مكونات الأفيون فعالية، وتبلغ نسبة المورفين نحو ١٠٪ في المتوسط في الأفيون. ويصنع المورفين من الأفيون أو يستخرج مباشرة من قش الخشخاش (ثمار الخشخاش المجففة مع الأجزاء العليا لسيقانه بعد حصده). والمورفين قلوي كريستالى أبيض ويعد أقوي مانع للألم عرفه

⁽¹⁾ Fith E. and Awine 1980, Durg Problem in The Sociocultural Context. A Basis for Polices and Programme Planning, New York: Geneva, P 200.

⁽²⁾ Zhukovski and Azilevskayi 1975, Opium Popy. Newdelhi: Amerind Publishing Co. PVT, LTD. PP 21.

الانسان ولا يوجد ألم يعجز عن انهائه. وتقاس قوة أي عقار صناعى مانع للألم إلى قوة المورقين، ويؤثر المورفين بصورة رئيسية على الجهاز العصبى المركزي وعلى الأحشاء، وقد استخدم لعدة قرون لعلاج الاسهال من قبل أن يستنخدم لازالة الألم. وينتج المورفين عادة تأثيرات مخدرة تحتوي على عدم الاحساس بالألم والخمول، والتغيرات في المزاج(١١).

واذا أعطى المورفين لشخص لديه بعض الآلام قإن الألم يختفى، وإذا أعطى المورفين لشخص ليس عنده آلام فإنه قد يشعر ببعض الأحاسيس غير السارة مثل الاحساس بالقلق أو الرعب دائماً، ويصاحب ذلك شعور بالغثيان والقيء. وتتكون تأثيرات المورفين العقلية من الخمول وعدم القدرة على التركيز، ولذلك فإن المورفين يسبب البلادة وتقليل في النشاط الفسيولوچي العام للفرد، ويقلل حدة الابصار، ويصعب التفكير النظم، ويبدأ الاعتماد الفسيولوچي على المورفين في الظهور مبكرأ⁷⁷⁾. والتأثير الأساسي للمورفين هو زيادة التأثير الكفي (المانع) لقشرة المخ على مراكز الاحساس بالشلاموس، ومن ثم يقلل الشعور بالألم ويتنبه الجهاز الباراسبمبثاوي بالمورفين عا يؤدي إلى ضيق حدقتي العين وبطء النبض، وزيادة اللعاب، وعيل لإدمان المورفين بعض الشخصيات المميزة مثل الفصاميين ومضطربي الشخصية، وتظهر على الفرد سريعاً علامات ودقتي العين، ولديه اختلجات في الأطراف، وضعف جنسي واضح، ثم حدقتي العين، ولديه اختلجات في الأطراف، وضعف جنسي واضح، ثم حدقتي العين، ولديه اختلجات في الأطراف، وضعف جنسي واضح، ثم تبدأ الأعراض العقلية في هيئة تدهور خلقي، واضعف جنسي واضح، ثم

وتهدف معظم الدراسات التجريبية إلى شرح أثر المورفين على الانسان

⁽¹⁾ World Health Organization 1973, Expert Committe on Dependence, Tech, R. Ser. No. 516. Geneva: W.H.O.

⁽²⁾ Oakely S., Ray, M.. 1974, Durg Society and Human Behaviour, Santi Louis: The C. V. Mosby Company. P 100.

⁽³⁾ Okasha A., 1977, Clinical Psychiatry, Cairo: Egyptian Book Organization. P 417.

وبخاصة آثاره التخديرية أو المسكنة. وقد بين هل Hill أن المورفين يرفع قدرة تقدير الألم، إذ أنه يزيد عنده الاحساس بالألم، وبقياس زمن الرجع للمثيرات البصرية لذي مدمتى المورفين، وجد أن المورفين يزيد زمن الرجع البصرى بصورة ذات دلالة عالية.

وقد لخص كل من وبكس وكولينز Weeks and Collins بحوثهم التى أجروها على مجموعة من الفئران، قوجدوا أن الفئران قد تعلمت طريقة الحقن الذاتي للمخدر، ذلك بأنهم كانوا يحقنون أنفسهم بالمخدر عندما يسعرون بالام الانقطاع عن المخدر، كما أنها كانت تزيد حجم الجرعة عندما يقل حجمها عن النسبة التي اعتادوا عليها، أو يكرروا الحقنة أكثر من مرة. وعندما توقف اعطاء حقنة المورفين فإن الفئران قد فقدت حوالي من مرة. وعندما توقف اعطاء حقنة المورفين فإن الفئران قد فقدت حوالي داسة أخري على الانسان وجدوا أن للمورفين أثر على الجهاز العصبي وبعدث نقص في القوي العقلية العامة، ويثير الخيال، ويقلل الاستجابة للأحداث الخارجية، وينسى الفرد همومه، ويسبب النعاس. وعند التوقف عن المخدر يصبح الفرد بليداً، متأرقاً، غير قادر على تركيز أفكاره وتنحل أخلاقياته، ويحدث عنده زيادة في الهلوسات والانعكاسات،

ويصاب من يتعاطى المورفين بالهياج العصبى، والاكتثاب وانحراف المزاج. ومن آثاره أيضاً الغثيان والقى، وانكماش بؤرة العين وازدياد قوة انعكاسات النخاع الشوكى والتشنجات وتقلص عضلات المعدة والأمعاء، وتقلص القنوات المرارية والشعب الهوائية ويسبب المورفين الاعتماد النفسي والعضوي بعد فترة تتراوح من ٣٦:٤ ساعة (٢٠).

Teasdal J. D., 1973, Durg Dependence, In; Eysenck (ed) Habdbook of Abnormal Psychology, London, Pittman Medical. P 104

⁽٢) سعد جلال ١٩٩٨، اسس علم النفس الجنائي. القاهرة: دار المعارف. ص ٢٨٩.

وبالنسبة لأثر المورفين على الناحبة الجنسية فقد وجد شيفرز Shefres في يحثه أن النشاط الجنسي عند القردة المدمنة على المورفين يضعف، ثم ينشط عند منع المخدر. ووجد تميري وويلين Temery Welline أن الحرمان من المخدر عند الرجال يؤدي إلي استمرار الانتصاب وتكرار القذف، بينما يحدث للنساء لذة جنسية تلقائية. وبين سبراج Sprag إن المورفين يعمل كمنبه جنسي في ذكور الشيمبانزي اذ بعد تناول الجرعة يحدث لها انتصاب جنسي، وقارس العادة السرية أو تندفع للأداء الجنسي مع الاناث. ثم تأخذ الرغبة الجنسية والقدرة على اتيان العملية الجنسية في الشعف تدريجياً حتى يحين موعد الجرعة التالية (١٠).

فغالباً ما يسبب المورفين زيادة في النشاط الجنسي باطالة مدة الجماع وسرعان ما تتلاشى هذه الزيادة وينتاب الفرد السرعة في القذف ويسبب الإدمان المستمر على المورفين فقد الرغبة الجنسية ثم الضعف الجنسى.

طرق تعاطى المورفين :

١ - غالباً ما يؤخذ بالحقن تحت الجلد.

٢ - يؤخذ على هيئة أقراص بها نسب مختلفة من المورفين (٢٠).

(ب) الهيروين : Heroin

واسمه العلمى هو دياستيل المورفين أو الديامورفين Dehystilmorphine وقد اكتشفه هنريس دريسر العالم الألماني سنة ١٨٨٩، وكان يبحث عن قاتل للألم له قوة المورفين وغير قابل للإدمان.

والهيروين عبارة عن بودرة بيضاء لا رائحة لها متبلورة، مرة المذاق تذوب في الماء. وقد سميت هذه البودرة بالهيروين مشتقة من الكلمة

⁽١) سعد جلال ١٩٦٨، اسس علم النفس الجنائي، القاهرة: دار المعارف. ص ٣٩١.

⁽²⁾ Fith E. and Awine 1980, Durg Problem in the Sociocultural Context, A Basis for Polices and Programme Planning, New York: Geneva, P 21.

الألمانية Heroisch بمعنى بطولى، ولم يكتشف الأطباء أن الهيروين أسرع وأقوي في إدمانه من المورفين الا بعد اثنتى عشر سنة من استعماله، فإن أربعة ملليجرامات من الهيرويين تساوي فى تأثيرها عشرة من المورفين. كما أن الجرعة المتوسطة للمدمن عادة ما تساوي أربعة من المليون من وزن الجسم إلا أن تأثيرها فوق الاحتمال وعند تعاطي الهيروين فإن الجسم يحوله إلى مورفين، والمورفين هو المسئول عن التأثيرات الفارماكولوچية للهيروين^(۱).

ويقرر جاف Gaff أنه عند اختبار جماعة من المدمنين على التمييز بين المورقين والهيروين في حالة حقنها تحت الجلد، فإنهم لم يستطيعوا التمييز بين الأثنين، ولكنهم قكنوا من التمييز في حالة الحقن بالوريد. وعلى الرغم من قوة الهيروين إلا أنه لا يحدث انتشاء للمدمنين أكثر مما يحدثه المورفين. ويتصف مدمنو الهيروين أنهم يعانون من عجز نفسى أو شخصى، فمدمنى الهيروين يتصفون بالاحباط، مصابين بالبارانويا، اتكاليين، متمردين، يهربون من الواقع، سيكوباتين، عدوانيين، ومعظم هذه النتائج مستمدة من الملاحظات الاكلينيكية (٢٠).

والهيروين غير مسموح باستخدامه حالياً طبياً في الولايات المتحدة الامريكية وخمسين دولة أخري إلا أن في قرنسا وإيطاليا وانجلترا يستخدمونه في هذه الأغراض، وعندما تعاطى الهيروين فإن له ارجاعات شديدة وهي تتكون من الأخيلة والاحساس بالقوة والسعادة والميل إلى النوم، كما أنه يقلل من الرغبة الجنسية. وقد تؤدي الآلام الناتجة من منع المخدر إلى ارتكاب الجرائم كالسرقة والكذب أو العنف وأعمال القوة.

ويتميز مدمني الهيروين باضطرابات في الشخصية مع سلوك سيكوباتي

⁽¹⁾ World Health Organization 1975, Expert Committe on Drug Dependee, Techn R. Ser. No. 560, Geneva: W.H.O.

⁽²⁾ Marlatt G. A., Rose F., 1980, Addictive Disorders, In: Alan S. Bellack and Michel Hereson (eds.), New Perspective in Abnormal Psychology, New York, University Press. P 315.

وتدهور اجتماعي وأخلاقي مع فشل مستمر في العمل(١١).

وينتشر استخدام الهبرويين بين المراهقين والثباب الذين يتعاطونه من باب التجريب أو التسلية أو مجاراة الرفاق. والهيرويين من المخدرات التي تسبب الإدمان بسرعة أذ يؤدي تعاطيه المنتظم لمدة أسبوع واحد فقط إلى الإدمان. ومن علامات الإدمان المميزة، التحمل أو الحاجة لزيادة الجرعة بصورة مطردة، والرغبة الملحة في الحصول على العقار بأي وسيلة، وفقدان الشهية، الهزال، والضعف الجنسي، واضطراب الدورة الشهرية عند الإناث، وتقيح الجلد، وتسمم الدم، والتهاب الكبد أو غشاء القلب المبطن، والاصابة بالزهري والأمراض المعدية (٢).

ويصاب مدمنو الهيرويين بالتسمم والوفاة نتيجة جرعة زائدة بطريق الخطأ أو لمحاولة الانتحار ممن يشوا من الحياة أو لتسممهم بالشوائب السامة التي يخلطها التجار بالهرويين، وتسبب هذه المركبات هبوط التنفس أساساً، ثم فشل الدورة الدموية، وتبدو على المتسمم علامات النعاس أو الغيبوية ونطء التنفس وانكماش بؤرة العين. وتشير معظم الدراسات إلى انتشار الهيرويين بين الشباب ومعتلى الشخصية. ويبدأ الإدمان بالسعى وراء النشوة أو تخفيف الألم. ويستمر بعض الأشخاص في التعاطى لسبب أو أكثر، ثم بعد ذلك يندفع المدمن في التعاطى لتجنب أعراض الامتناع المزعجة (٣).

وفي دراسة لتشيزك Shesek أعطى المخدر في الوريد لـ ٤٢ من مدمني الهيروين، فقرروا جميعاً حيث تشابهت احساساتهم بالآتي: احساس

⁽¹⁾ Anslinger H. J., and W. F., Tampking, 1966, The Murders, New York: Avonbooks Dinision. P 79.

⁽²⁾ Fort P. J., 1980, Heroin Addiction Among Young Men, New York: Geneva. P 77.

⁽³⁾ Rathod H.N., 1968, Prevelance and Early Detection of Heroin Abuse, New York: Geneva, PP 549 - 551

بالهلوسات مع تباطؤ فى ادراك الزمن، وتركزت معظم الاحساسات الجسمية فى المعدة، وتركزت الخيالات حول الأم، وخفت حدة الدوافع الجنسية والعدوانية ويضعف الدافع الجنسى (١١).

(ج) الكوكايين : Cocaine

شجرة الكوكايين شجيرة ذات أوراق دائمة حمراء. والكوكايين هـ أهـم مادة قلوية لورق الكوكاي وقد عرف الكوكايين عن طريق هنود الأنكا منذ ٥٠٠ سنة قبل الميلاد. وتقول الأساطير الهندية إنه إذا استطاع رجل يعانى سكرات الموت أن يستطعم مذاق أوراق الكوكا، وذلك بضغطها بين شفتيه، فإن روحه تدخل الجنة. وفي أمريكا الجنوبية يحمل الهنود الحمر أوراق الكوكا عندما يتقابلون كعادة من عادات التحية والاحترام، ويعتبر الكوكايين من أهم المخدرات البيضاء وأخطرها أثراً على الفرد. وتشير التقديرات المبدئية أن ١٠ ملايين أمريكي يتعاطون الكوكايين من أمام كالإين تتراوح أعمارهم من الشباب الذين تتراوح أعمارهم من ١٨ – ٧٥ وذلك في سنة ١٩٧٩.

وعرفت أوروبا الكوكايين في منتصف القرن التاسع عشر حين قدم الصيدلي الفرنسي أنجلومارياني أوراق الكوكا للجمهور سنة ١٨٥٦، وبعد ذلك أصبح الكوكايين يباع في الصيدليات بدون روشتات طبية، على شكل نقط للأنف ودواء للزكام، لأنه كان يخفف من انسداد الأنف. وساد انتشار واسع للكوكايين عادفع التشريع سنة ١٩٠٦ في الولايات المتحدة الامريكية بمنع صرف هذا العقار إلا في روشتة طبية. وعرفت مصر الكوكايين أثناء الحرب العالمية الثانية، وزاد انتشاره في هذه الفترة نتيجة للاستعمار الذي أحضره معه من الغرب. وبالرغم من التشريعات الدولية

⁽¹⁾ Rathod H.N., 1968, Prevelance and Early Detection of Heroin Abuse. New York: Geneva, P.553.

التى وضعت لمحاربة الكوكايين إلا أنه قد ساد فى بلدان كثيرة وأصبح انتشاره خطراً شديداً ١١٠).

آثار الكوكايين:

سمعية، خداعات أثناء النوم.

الكوكايين منبه قري للجهاز العصبى المركزي، ويتجلى أثره المنسط فى حالة الإدمان فى حالة تهيج شديدة، وطلاقة اللسان، وقلة الشعور بالتعب، ويثير شعوراً بالسرور وقوة عضلية كبيرة. وتلى حالة التهيج مرحلة انهيار، وإذا زادت كمية الكوكاين فإنها تثير حالة ذعر ومخاوف وهذبان وتخيلات (دليل عميز للجنون الهذائى) تثير فى بعض الحالات تصرفات عدائية ضد المجتمع (٢).

وينشط الكوكايين الجهاز العصبى السيمبثاوي فيسبب اتساع حدقة العين، شحوب الرجه، سرعة ضربات القلب، ومناعة ضد التعب ودقة في الأفكار واتخاذ القرارات، وإثارة الرغبة الجنسية، وينتشر استخدامه بين الشخصيات السيكوباتية، ويسبب إدمانه ذهان كوكاييني يتميز بما يلى: \ - هذبان تحت الجلد مع تقلبات مزاجية، أرق، كثرة الحركة، هلوسات

٢ - هلوسات حسية: وقيز هذه الهلوسات ذهان الكوكايين حيث يشعر
 المريض بسير حشرات مثل الديدان أو النمل أو البق على جلد يديه مع
 الاحساس بوجود أجسام غريبة تحت الجلد.

ويتميز المدمن بوجود قرح على أغشية الأنف الداخلية، ويؤدي الإدمان الى انهيار الحالة العقلية^(٣).

⁽¹⁾ Department of Health and Education and Welfare 1977, Cocaine-Washington, Research Minography No. 13.

⁽²⁾ Marlatt G.A., Rose F., 1980, Addictive Disorders, In: Alan S. Bellack and Bellack and Michell Hereson (eds.), New Perspective in Abnormal Psychology, New York, University Press. 319.

⁽³⁾ Okasha A., 1977, Clinical Psychiatry, Cairo: Egyptian Book Organization. P. 419.

وتختلف آثار الكوكايين في بداية التعاطى عن الإدمان، ففي بداية التعاطى يثير كل القدرات العقلية، ويجعل لدي الفرد قوة جسدية. وقد قرر أحد المتعاطين أنه يستمر بدون نوم لمدة ٧٧ ساعة مستمرة عندما يكون تحت تأثير المخدر، ولكنه ينهار بعدها ويحتاج إلى كمية أكبر من المخدر لكى تساعده على النعاس. وينتج من الإدمان التعب الجسمى وضعف مستوي الذكاء في كل اختبارات الذكاء، وعدم القدرة على تحمل المسئولية والافتقار إلى الحيوية والمبادأة واختلال التوازن النفسى، ويبدو والتىء والاسهال الذي يكون عزوجاً بالدم، ونقص في الوزن، ونسبان وانهاك وتشريش عقلى، واندفاع في النبض وأرق وتشنبات في وانهاك وتشريش عقلى، واندفاع في النبض وأرق وتشنبا المدمن العضلات الطرفية، ويكون الجلد جافاً وشاحباً ومصفراً، وتنتاب المدمن المسئة فيفكر في الانتحار وينتابه الجنون (١٠).

طرق التعاطى :

الطريقة المتكررة هي شم العقار (٢).

(د) الكودايين: Codaine

وهذا العقار ليس فى خطورة المورفين، وهو يستخدم طبياً للتقليل من الاحساس بالألم، كما أنه يدخل فى معظم أدوية الكحة، ويؤدي تعاطيه المتكرر إلى الإدمان ويسبب ادمانه اعتماد جسمى ونفسى عليه.

ثانية - الحشيش :

نبذة تاريخية عنه :

من المخدرات التي لها شهرة واسعة وانتشاراً كبيراً في الشرق والغرب

⁽¹⁾ Mule S. J., and Brill H., 1974, Chemical and Biological Aspects of Heroin Dependence Ohio: CRC Press. P 142.

⁽²⁾ Fith E. and Awine, 1980, Drug Problem in the Sociocultural Context, A Basis for Polices and Progamme Planning, New York: Geneva. P 20

الحشيس اHasish أو الماريجوانا Marijuana. وقعد وردت أول اشارة عن لمشبس في كتاب صيدلة ألفه الامبراطور الصيني شنج يانج Sheng لمشبس في كتاب المبراطور الصيني شنج يانج Yeng سنة ۲۷۳۷ قبل الميلاد، وسمى كتابه (المحررين الآثام) وكان له في المه ووائد طبية متعددة. وكلمة كانابيس Canabis يونانية الأصل، وتعني الصوصاء ولعلها اشارة إلى الأصوات المركبة التي يحدثها المتعاطون. وقد أطلقت كلمة حشاشين في الأصل على طائفة من الاسماعيلية عاشت مع زعيمها حسن بن صباح في قلعة الموت بين أواخر القرن الحادي عشر وأوائل القرن الثاني عشر في الجبال في شمال إيران، ويقال إنه كان يحث مريديه على تعاطى مزيج من الجشيش والداتورة، والأقيون، ثم يتركهم بصحبة الفتيات في بستان جميل ثم يوحي لهم وهم تحت تأثير المخدر أنهم يرون الجنة ومتاعها وسوف يدخلونها إذا نفذوا أوامره، ثم يأمرهم أغتيال خصومه (١).

وقد عرف المصريون القدما ، الحشيش، كما عرفه الآشوريين والغرس والهنود والصينيون. وقد وصفه هومبروس في الأوديسا باسم (نبينتي) كرف المؤرخ اليوناني بليني، والطبيب الروماني جالينوس، وابن البيطار وهو أول طبيب وصف التخدير الذي يسببه الخشيش الذي كان يزرع في بساتين مصر وذلك قبل القرن الثالث عشر الميلادي، وانتشر المشيش في مصر واليونان وتركبا في القرن الخامس عشر الميلادي.

ورويت أحاديث شتى عن أول من عرفه ومنها رواية المقريزي وقد جاء فيها: «كان شيخ للفقراء يدعى حيدر كشير الرياضة قليل الطعام، نشأ بخرسان، واتخذ زاوية بأحد جبالها ومعه جماعة من الفقراء، وأقام أكثر من عشر سنين لا يدخل عليه إلا رجل واحد منهم، ثم خرج إلى البرية في يوم شديد الحر، وعاد وقد علا وجهه نشاط وسرور فأذن لأصحابه بالدخول

⁽١) الأمم المتحدة (١٩٧٦): مكافحة اساء استعمال المخدرات. نيويورك: جنيف. ص ص ٢١ ـ ٢٢

عليه فسألوه عن هذا الحال الذي صار إليه، فقال خطر ببالى الخروج إلى الصحراء فخرجت ، فوجدت كل شيء من النباتات ساكناً لا يتحرك لعدم وجود الربح ومررت بنبات مورق فرأيته يميل بلطف وبتحرك كالشمل النشوان، فجعلت أقطف منه أوراقاً وآكلها فحدث عندي من الارتياح ما ترون». فأكلوا من أوراقها فحدث عندهم من السرور والطرب ما عجزوا عن كتمانه فأمرهم الشيخ حيدر بكتمان سره إلا عن الفقراء وبعد موته شاع أمر هذا الحشيش في خرسان وفارس ولم يكن أهل العراق يعرفونه حتى ورد عليهم ملوك سيف البحر المجاور لبلاد فارس أيام المستنصر بالله سنة ١٢٨ هجرية افحملوه أصحابها معهم فاشتهر في العراق ووصل خبره إلى الشام والروم فاستعملوه ألى.

وقد عرفت القبائل الجرمانية القديمة نبات القنب سنة ٥٠٠ ق.م. وقد اكتشفت بذور الحشيش في مقابرهم بالقرب من برلين، وفي آوائل القرن السادس عشر أشار الآديب الفرنسي«رابليه» إلى خواص النبات المخدرة، وفي نفس هذا القرن أدخل الأسبان الحشيش في شيلي، وفي البرازيل أحتر العبيد معهم الحشيش حين استخدمهم المستعمرون لزراعة أراضيهم، ثم قام الهولنديون بادخاله في جنوب أفريقيا، وينسب المؤرخون بداية اهتمام الأوربين العلمي بالحشيش إلى ملاحظات العلماء الذين رافقوا اهتمام الأوربين العلمي بالحشيش إلى ملاحظات العلماء الذين رافقوا النبينيية المخدرة التي وردت في أوديسا هوميروس». وقد قام الطبيب الفرنسي «مورودي تور» الذي كان يعمل طبيباً نفسياً في إحدي المستشفيات لعملاج الأمراض العقلية بإجراء أول دراسة علمية حول المشيش كعلاج للمرض العقلي سنة ١٨٤٠، ثم كتب عنه كتاباً وتعاظاه شخصياً فوصف الهلوسات والخدى والسعادة التي شعر بها(٢).

 ⁽١) حسن فتح الباب ١٩٩٧، المخدرات سلاح الاستعمار والرجعية. القاهرة: درا الكاتب العربي ص ٥ - ٥٠.

⁽٢) المرجع السابق ص ص ٤٩ – ٥١

تعريف المخدر :

منذ أربعة أو خمسة آلاف منة، ومنتجات نبات القنب دمنطقة من مناطق via يستعملها ملايين البشر كمخدر، ويندر أن توجد منطقة من مناطق العالم لا يمكن فيها زراعة القنب الهندي، فهذا النبات قد يصل فى ارتفاعه إلى مدي يتراوح بين ٣٠ سم، ستة أمتار تبعاً لطبيعة التربة والمناخ وطريقة الزراعة. ونبات القنب أو المادة الخام المستخرجة منه والمستحضرات التى تصنع منه بأساليب حرفية تطلق عليها مئات الأسماء المختلفة. وتتركز المكونات المخدرة لراتنج القنب (الذي يعرف باسم الحشيش) في الأطراف المزهرة لأنثى النبات بنوع خاص، وكان راتنج القنب اكثر أشكاله فعالية حتى سنوات قليلة ماضية، حين ظهر منتج جديد للقنب في الأسواق المحظورة هو القنب السائل المركز ويحتوي على المحاد أرباح هيدروكانابينول) وهو أشد خطراً من سائر ثمن السائل المركز ويحتوي على أشكال القنب. وقد توصل الكيميائيون إلى استخراج أربعة مركبات من أشكال القنب. وقد توصل الكيميائيون إلى استخراج أربعة مركبات من النباتات هي: الكانابينولات، ويوجد الكانابينول في صمغ القنب، ثم المدتوي الحشيش على مادة تشبه الأتروين الذي يسبب جفاف الزور.

والحشيش له منتجات تحوي (الماريجوانا - زيت الحشيش - الزيت الأحمر)ويكمن النشاط النفسى في الـTHC الذي يوجد بكثرة في الأجزاء الغليظة من النبات (١١).

آثار الحشيش :

بؤدي الحشيش إلى اختلال الاحجام والاشكال والمرئيات والمسافات وعر الزمن ببطء شديد بالنسبة للمدمن، ثم يشعر أن الزمن قد توقف وتختل الذاكرة بالنسبة للأحداث القريبة، وكذلك الانتباه والتركيز، فيبدأ

⁽¹⁾ Mehr J., 1983, Abnormal Psychology, New York: Winston and Harltrinehart. P P 249 - 251.

المتعاطى فى الخيال والتخيل ويخطى، فى تفسير ما يدركه بحواسه، وتنتابه الهلوسات البصرية والسمعية. وقد تحدث هذه الآثار بصورة غير متتالية (متقطعة) فيمر المتعاطى بدورات متتالية من الهلوسة واختلال الحواس واضطراب الانفعال ليعود إلى حالته الطبيعية بعد فترة، ثم يضطرب بعد ذلك. ومن آثاره على الجسم تمدد الأوعية الدموية الذي يؤدي إلى احرار العين، فقد القدرة على التوازن الحركى، انخفاض ضغط الدم، سرعة ضربات القلب التى قد تؤدي إلى هبوط القلب عند المصابين بأمراض القلب المناسبة بأمراض القلب الهيدي المحابين المراض القلب الها التى قد تؤدي إلى هبوط القلب عند المصابين

وقد وجد جروزيرج Grozberg من دراسته لس ٣٦٠ جندي في الجيش الأمريكي كانوا يتعاطون الماريجوانا، فقد وجد أنهم يعانون من اضطرابات عقلية ظاهرة، ويشكون من ضعف الذاكرة، وعدم القدرة على التركيز، والتبلد، الكسل والاصابة بحالات البارانويا، واضطرابات الجهاز المتنفسي. ويؤكد الباحث أن الحشيش يؤدي إلى زيادة ضربات القلب وتهيج الشعب الهوائية وانتفاخ الرئة والسرطان الشعابي. ويؤدي الإدمان على الحشيش إلى انخفاض هورمون التستوسترون (هرمون الذكورة) في الدم عما يؤدي إلى تضخم الثديين وتأنث الجسم والضعف الجنسي وذلك بعد فترة ليست بقصيرة من الاستعمال المتنالي للعقار (٢).

وفى إحدي الدراسات التي قام بها كل من جونز وبوشمان وبينوفيتز وبوشمان.Boch.ann, Jones, Benoivitz & Boch على مجموعة من الذكور المتطوعين،حيث أعطوا للمفحوصيين جرعة من الـTHC (وهي المادة النشطة

 Mehr J., 1983. Abnormal Psychology, New York: Winston and Harltrinehart. P P 249 - 251.

⁽²⁾ Robert C., Kolondy 1975. Research Issues in the study of Marijuana and Male Reporductive Physiology in Human In: Jared R. Tinlenberg (ed), Marijuana and Health Hazards - Metho - dological Issues in Current Research - London: Academic Press (INC.,). PP. 71 - 73.

قى الحشيش والتى تسبب الاعتماد النفسى) وذلك كل أربع ساعات لدة تتراوح من ١٠ - ٢٠ يوماً وكانوا يزيلون نسبة الـ THC فى كل جرعة إلى أن وصل إلى متوسط مساو لمتوسط ٣ سجائر من الحشيش. وعندما منع هؤلاء المفحوصون فجأة من تناول الـ THC قرروا الخبرات التالية: عدم الثبات الحركى، عدم الهدوء والراحة، انخفاض فى الشهية، اضطراب فى النوم بصورة ملحوظة، غثيان وقىء، قىء + اسهال وفقدان فى الوزن. وقد أكد ابرمسون وكوهايين Abramson & Choen إن تعاطى الحشيش يسبب تلف فى الرئة وفقدان التوازن الحركى وكذلك قلة افراز الهرمون الجنسى (١٠).

وقد بين تايجن الماهى Tighani El Mahi إن إدمان الحشيش أو ما يسميه التسمم بالحشيش من سماته: اضطراب الحس الزمني، واضطرابات في ادراك المسافات، فرعا تبدو أكبر أو أصغر من حجمها الحقيقي، والأشياء الشابتة رعا تبدو متحركة، والأشياء المعمودية رعا تدرك كمنحنيات، كما أنه توجد اضطرابات في عمليات التفكير، والمزاج. ويناقض تايجن الماهي وجهة نظر المتعاطين من أن الحشيش يساعد على ويناقض تايجن الماهي وجهة نظر المتعاطين من أن الحشيش يساعد على فيقول إن اضطراب الزمن والادراك الوقتي لدي المدمن يجعله يتخيل إنه استمر في عملية الجماع لساعات طويلة، وما هي الا دقائق أو ثوان معدودة، وهذه الاطالة ما هي إلا وهم يجمله اضطراب الادراك الزمني. وإن الاستمرار في التعاطى يؤدي في النهاية إلى الضعف الجنسي نتيجة وإن الاستمرار في التعاطى يؤدي في النهاية إلى الضعف الجنسي نتيجة.

ويسبب الحشيش زيادة القدرة الحركية مع اضطراب القدرة على تعرف

Kartoum: Faculty of Medicine. 3 - 7.

⁽¹⁾ Jualith G., 1982, Abnormal Psychology Concepts. Issues, Trends, New York: Macmillan Publishing Co., INC. P 426. (2) Mahi T., 1958, Durg Addiction-Cannabis India (Hashish).

الزمان والمكان، وانعدام الاحساس بمرور الزمن وإن زادت الجرعمة سببت ارهاقاً واختلاطاً عقلياً مع ظهور علامات ذهانية وهذيبان تحت حاد، وهلاوسات بصرية وسمعية مع الاحساس بالرعب واختلال الأنيمة. وعادة ما يشغف متعاطى الحشيش بالسكريات بما يبدو أن للحشيش خاصية انقاص السكر في الدم، كما إنه مدر للبول. وأن الانتظام على استخدام الماريجوانا قد ينقص هرمن الذكورة بنسبة ٣٠/ عما يؤدي إلى اصابة المدمن بالضعف الجنسي(١١).

وقد أجمعت الدراسات المصرية التي قام بها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ودراسة سعد زغلول المغربي، ودراسة سويف عن استخدام الحشيش في مصر أن آثار تعاطى الحشيش كالآتي: أن الحشيش يعدث اضطراباً في الادراك بحيث تطول المسافات وتختلف الأحجام، ويقل وتهتز حدود الأشياء، وتبدو الألوان أكثر نصوعاً، وعر الوقت ببطء، ويقل الانتاج أثناء التعاطى وعند الرغبة في تناول المخدر، وتضطرب الذاكرة والانتباه والتركيز، ويختل الادراك البصري والسمعي مع ميل إلى تضخيم المدركات. وأن اضطراب الإدراك السمعي أكثر شيوعاً من اضطراب الإدراك المصري، واضطراب التفكير المتمركز في تدفق الأفكار وتفكك الفكر وصعوبته (٢٠).

طرق تعاطي الحشيش :

من الصعب حصر طرق تعاطى الحشيش،حيث تختلف طريقة التعاطى باختلاف المكان والزمان والأفراد الذين يتعاطونه، ولكن سنحاول ترضيح هذه الطرق كما أوضحنها الكتابات والبحوث السابقة وكما لاحظتها الباحثة:

١ - التدخين بلفه في سيجارة.

Okasha A., 1977, Clinical Psychiatry, Cairo: Egyptian Book Organization. P. 417.

⁽²⁾ Souief M. I., and Others. 1980, The Egyptian Study of Chronic Cannabis Consumption. Cairo: National Center for Social & Criminological Research. PP 17 - 28.

- ٢ الجوزة أو البرطمان.
- ٣ أكل المخدر عفرده أو مع ساد سكرية.
- ٤ حرق المخدر واستنشاق البحار المتصاعد.
- ه اضافة المخدر لسائل أثناء اعداده كالشاي والقهوة.
- ثالثاً عقاقير الهلوسة (مثيرات الهلوسة) :

ي نبدة تاريخية :

أدي تطور علم الكيمياء إلى اكتشاف العديد والعديد من العقاقير ذات التأثير التخديري على الفرد، منها ما هو مشتق من مخدرات طبيعية، ومنها ما هو مركب من بعض المواد الكيميائية. وقد فاق عدد العقاقير المخدرة المصنعة أضعاف عدد المخدرات الطبيعية، وأن حجم المدمنين لهذه المواد يفوق حجم المدمنين لأنواع المخدرات الطبيعية. وتعطى المضارات العريقة أمثلة عديدة عن استعمال المواد الباعثة للهذيان، ولم يقتصر تعبير (عقاقير مهلوسة أو مواد باعثة للهذيان) على حامض LSD (الليسيرجيك ديشيتلاميد) إلا حديثاً، ومادة TPR و DMT و غيرها من المواد الحديثة. والد LSD يستخرج من فطر الارجوت Ergot ، وقد اكتشفه الكيميائي هوڤمان Hovman الذي وصف الدوخة والهلوسة اللتين شعر وهم مركب نصف صناعي يجري تحضيره من (حامض الليسيرجيك) (١٩)

آثارها :

يسبب تعاطى هذه المواد LSD تبدلاً في المزاج، وخلل في الاحساس بالزمن وادراكه، واضطراب الادراك البصري، والسمعي، وينتاب متعاطيها مجموعة من الانفعالات سبهل ملاحظتها مشل: الشعور بالفزع والحوف

⁽¹⁾ Smith D. E., 1967, LSD an Historical Perspective, New York: Journal of Psychedlic Drugs. PP 3 · 7.

وشعولية الرؤية، ويخيل للمدمن وهو تحت تأثير هذا العقار أن هناك من يسعى لإيذائه وسجنه والسيطرة على قدواه العقلية ويثير هذا العقار الهلاوسات فى دقائق معدودة وبكميات صغيرة (gg) 50 - 25). ويسبب هذا العقار أيضاً ارتفاع ضغط الدم وسرعة النبض والغثيان والقى، ورعشة البدين والأرق، ويشعر المريض بهلوسات بصرية ملونة وتتغير المرئيات لتصغر أو تكبر، أو تقترب وتتخذ أشكالاً غربية. وتختلط الحواس فتصدر الموسيقى مثلاً من لوحة يراها أمامه، وتتخذ الأصوات صوراً معينة ويبدو المتعاطى فى حالة هيام وحلم. وقد يصاب المدمن بالاكتئاب الذي يدفعه إلى الانتحار ويصاب أيضاً بالخلط الحاد، والهذبان والمعتقدات الوهمية الباطلة الاضطهادية والتي قد تستمر حتى بعد الامتناع عن المخدر.

ويسبب هذا العقار الاعتساد النفسى فقط ولا يؤدي إلى اعتساد جسمى وقد يؤدي إلى الاصابة بالفصام بين ذوي الاستعداد للاصابة بهذا المرض (١٠).

وقد ظهرت كثير من الدراسات قام كرلت Craletti بجمعها من Sloe بحمعها من Sloe مرجع وقد اوضحت هذه الكتابات ملخصات دراستى سلون ودوست Sloe مرجع وقد اوضحت أن LSD يحمدث اضطرابات فى التركيز وقد الألكرة. وقد بين لندث Landis حدوث بعض الخلل فى الأداء الحركى وقد أيده فى ذلك كلوسن Clousen وأوضح أبرمسون وآخرون Abramson et al أنه إذا زادت جرعة الـ LSD فإنها تؤدي إلى ظهور علامات العصابية، والاضطراب فى الادراك، واختلال فى التركيز والانتباه، وعدم القدرة على إدراك العلاقات المكانية، واختلال الأداء الحركى، وتدهور فى الأداء العقلى السمعية أظهره اختبار ثرستون للذكاء، واختلال فى زمن الرجع للمثيرات السمعية

Smith D.E., Rose A. J., 1971, LSD-Its Use Abuse- and Suggested Treatment, New York: Journal of Psychedelic Drugs. PP 17-23.

والبصرية، وقد اتضح من الدراسة أن الـ LSD يؤدي إلى اختلال الأداء على اختبارات قياس الاسترجاع (١).

المسكالين:

وهو أحد القلوبات Alkaloids التي عزلها لوين Lawine ۱۸۸۸ التي عزلها لوين Alkaloids ويعتبر الميسكالين العنصر الفعال البسيط (لصبار المكسيك) والاسم العلمي له هو لوفو فوريا ويليامس Laphophonus cactus وكان يتعاطى كدواء، وهو أقل نشاطأ من عقار LSD ولكن يتشابه معه فيما يحدثه من اضطرابات في الشخصية تشابه أعراضهما أعراض مرض الفصام (۲).

ويوجد العديد من الدراسات عن آثار الميسكالين تعتمد على الوصف الشخصى للمتطوعين، ماير - كروس Mayer Cross أوضح حدوث اختلال في الادراك البصري وهلوسات بصرية، فقد يري الشخص الأشياء مهتزة، ويلاحظ وجود أشياء تتحرك في الظلام، أو عندما يغمض عينيه. كما يلاحظ عليه القلق، وعدم الوعى، ويشبه الشخص متعاطى الميسكالين في صفاته شخصية مريض الفصام. كما أنه يمكن أن يحدث له أعراض الذهان وزيادة الاكتئاب، وققد الابصار والهلوسة (٣٠).

البسيلوسيين والبسيلوسين :

وهما المادتان النشطتان لمادتى الهلوسة بسيلوسيب مكسيكانا وهما نوعان من العقاقير المقدسة لدي هنود المكسيك. وهناك الكثير من هذه المواد التي تسبب الهلوسات وتشترك جميعها في نفس الآثار وخاصة

(2) Teasdal J. D., 1973, Drug Dependece, In; Eysenck (ed) Hanbook of Abnormal Psychology, London, Pittman Medical, P 254.

⁽¹⁾ Trouton, D., and Eysenck H. J., 1961, The Effects of Drug on Behaviour, In: Eysenck H. J., (ed), Handbook of Abnormal Psychology, New York: Basic Book, P 679.

⁽³⁾ Trouton, D., and Eysenck H. J. 1961, The Effects of Drug on Behaviour, In: Eysenck H. J., (ed), Handbook of Abnormal Psychology, New York: Basic Book. P 679.

فيما يتعلق بالهذا ات والخدعات البصرية والسمعية واختلال المدركات، ومنها مادة DET،DMT وهما اختصار للديميتلترتيامين وللدتيلترميتامين، وصادة STP (ديمتر كسيميتا مفيتامين) وهي مركب اصطناعي يشبه الميسكالين من الناحية الكيسائية وتدوم آثاره المهلوسة صدة اطول مسن مادة الـ LSD (۱۱).

النيهات : Stimulants

أهم المنهات هى الأمفيتامينات ويشمسل التعبير «أمفيتامين» Amphetamine جميع الامينات الصناعية التى تشبه من عدة اعتبارات الادرينالين وهو الهرمون الذي يفرزه الجسم البشري، وقد تبين من الدراسات أن الامفيتامينات تساعد على زيادة انتاج الاثارة الطبيعية في الجسم Catecholomines وهي المواد التي تزيد من ضربات القلب وترفع معدل التنفس، والامفيتامينات تسبب فقد الشهيسة وتنبه الجهاز العصبي المركزي، والامفيتامين والديكسامفيتامين هي المواد الأكثر شيوعاً من هذا المنوع. وهناك مواد أخري كالفينيميترازين والميتيلفينيدات، ولهما آثار فارماكولوچية قريبة جداً من المواد السابقة. وقد اصطنعت هذه المخدرات في مطلع القرن العشرين واستعملت لأغراض علاجية في السنوات الثلاثين، وتؤخذ في العلاج على هيئة أقراص.

والاستعمال الأكثر سوء لهذه الامفيتامينات هو حقين كميسات كبيرة Speed في الاوردة. وتتسم آثارها بنزعات عدوانية وتهجمية وذهان هذباني ولا يستطيع المدمنون القيام بأعمالهم نظراً للتبعية الجسمية للعقار، وقد بين الخبراء أن هذه المدواد أصبحت متداولة بدرجة كبيرة وخاصة في السنوات الماضية. نفى البحث الذي اجراه Johnston وتلاميله أوضع أن 70٪ من طلاب المدارس الثانوية يستخدمون الامفيتامين مرة

⁽¹⁾ Yolles S. F., 1968. Statement on LSD-Marijuana and Other Dangerous Drugs - Washington, United Press International, P 16.

أو مرتين على الأقل وأن هؤلاء الذبي يتعاطون هذ المواد كانوا في الاصل متعاطئن للماريجوانا (١).

ويعتبر الإدسان على الامفيتامين غاية في الخطورة فالشخص الذي يدمن يصبح ذهانياً للأمفيتامين. وغالباً ما يظهر مدمنو الامفيتامينات أعراض البارانويا فيحسون أن الجميع يتكلمون عنهم، ويحاولون الاستماع أن يقتلوا في محاولتهم للدفاع عن أنفسهم ضد هؤلاء الاعداء الوهميين، أن يقتلوا في محاولتهم للدفاع عن أنفسهم ضد هؤلاء الاعداء الوهميين، كما يصاب المدمن الامفيتامينات كما يصاب المدمن الامفيتامينات أخطائه، وقد يصاب بالقلق، ويعانى ضعف الشهية ونقصان الوزن، وتقلب المزاج والضعف الجنسى ويعانى من هلوسات سمعية ومعتقدات اضطهادية وهمية باطلة، ويشعر بالشك والخوف، ويقرم بالابتعاد عن الناس (٢٠).

السكنات: Sedatives

غالباً ما يتم تصنيف هذه المواد تحت قائمتين واسعتين الأولى تتمشل في المنومات وتنقسم إلى منومات مشتقة من حامض الباربيتيوربك، Barbituratic Amine ومنومات غير مشتقة من حامض الباربيتيوربك، وتتمشل في الفينوباربيتال Phenobarbital، والثانية تتمثل في غير المنومات مثل الفينوباربيتال Methaqualone and Aptimit، وقد وجد أنها تساعد على خبط حالات الصرع، كما أنه يخفف من حالات القلق وتساعد على جلب النوم والتغلب على الأرق، وتهبط المنومات وظائف المخ مشل الحسر، فتضعف القدرة على المهارات الحركبية، ويشعر المتعاطى بالنشوة في البداية ثم النعاس والخمول وضعف الابصار والخطأ في تقدير زمين الرجمع

(2) Jualith G., 1982, Abnormal Psychology Concepects Issues, Trends. New York: Macmillan Publishing Co., INC. P. 421.

⁽¹⁾ Mule S. J., and Brill H., 1974, Chemical and Biological Aspects of Heroin Dependence Ohio: CRC Press, PP 149 - 151.

السمعى،واختلال الحكم على الأمور، واختلال في ادراك الزمن (ير الزمن بسرعة)، كما أنها تخفض ضغط الدم وتضعف الجهاز التنفسى وتسبب الامساك والافراط في استخدامها بسبب ظهور أعراض التحمل خلال ١٤ يوماً من استعمالها، فتنخفض عدد ساعات النوم وتظهر علامات التسمم الحفيفة وعند الوصول إلى المرحلة القصوي يمكن أن تهدد هذه الاعراض الحياة تماماً (Cooper et al).

الهدئات : Tranquilizers

وهى نوع من المسكنات ولكنها أقل فى حدتها من السابقة وهى تنتمى إلى Benzodiozepines وتباع باسم الثاليدم والليبريوم، وقد يصفها الأطباء لعلاج المشكلات العصابية. وقد يعتاد الناس على هذه العقاقير كما يعتادون على المخدرات القوية ينفس الدرجة، فهم يتعاطون المهدئات لشعورهم بالاكتئاب ويصورة تدريجية يتكون لديهم الاحتمال ويجدون أنفسهم في النهاية يتناولون كميات اكبر وأكبر، ويعانون من أعراض الامتناع الشديدة إذا حاولوا منع المخدر.

وبالتالى عكن لنا أن نقوم بتصنيف المخدرات ذات التأثير النفسى الفعال وذلك طبقاً لمطابقتها بمخدرات أخري، فالمخدر المطابق لغيره يتم وضعه في فئات مختلفة ومن التصنيفات المعترف بها في هذه الفترة ما يلى:

 ا فشة العقاقير المهدشة المنوسة Sedative Hyponotic ، وهي أكثر الأنواع التي تجلب الرغبة في النوم ولها تأثير فعال على الجهاز العصبي المركزي وهي تتضمن:

(أ) الكحوليات.

(ب) الاقراص المنومة

⁽¹⁾ Norback J., 1980, The Alcohol and Drug Absue - Yearbook Directory, New York: Vannorstrand. P 450.

(ج) العقاقير المضادة للقلق (أي التي لا تؤدي إلى القلق) وينتج عن تناولها فقدان التوازن الحركى وزيادة في التوتر والقلق وتلف الوظائف الموفية وفقدان الاحساس والفيبوية.

- Y النمات Stimulantions
 - ۳ الهدئات Sedatives
- ع مضادات الاكتئاب Anti Deprssion
- ٥ عقاقب الهلوسة Hallucinogans
 - 7 الافيون ومشتقاته Opiate
 - ٧ الحشيش. Hashish.

الوجهة السيكولوجية للإدمان:

Psychological Aspect to Addiction.

١ - النظرية السلوكية لإدمان المخدرات : ----

Behavioural Theory of Drugs Dependence.

هناك الكثير من الابحاث الخاصة بالنظرية السلوكية لإدمان المخدرات ولكن السلوكين فضلوا استخدام مفهوم طبيعى يتمثل في (خفض التوتير) ينسبون إليه إدمان المخدرات، فالأفراد يتعاطون المخدرات ليخفضوا مسن مشاعر الألم، الغضب الضيق، وخاصة القلق. فإذا كانت المخدرات تساعد على خفض كل هذه الأنواع من المشاعر فإن الافراد الذين يتعاطونها يحصلون على جانب كبير من التعزيز الإيجابي Positive Rienforcement.

⁽¹⁾ Belknad J. K., 1978, Drugs and Human Behaviour, In: Joltz man, W. H., (ed) Introductory Psychology in Depth-developmental Topics; New York: Harper's College Press PP 258 - 260.

وقد توصل كوبل AVO أنه لا يوجد سند واحد لنموذج سوء استخدام المخدر لخفض الوتر، وأوضح Coppel مجموعة من الدراسات تبين أن تعاطى المخدرات لا تؤدي إلي خفض التوتر منها دراسات ميفلد Menamee, Hello, ماكينم وهيلووميندلسون Mendel في Mendel ، مينكر Mendel ، ميندلسون ولادو وسلومن -Mendel Natham ، مينكر Son, Ladow, Saloman 64 ، تشام، تيلسر، لونستين وآخرون , Williams 66 . Williams 66 .

وقد اجريت دراسة لتوضيح الشكلة المتعلقة بأخذ المضدر أو سوء استخدامسه لخفض التوتر، فقد اجري كل من Palwy, Schuenman & بعصل التوتر، فقد اجري كل من Gralson تجربتهم على المتطوعين، وقد أوضحوا أن حدوث الألم يجعل الأفراد يشعرون بالقلق أو التوتر، وفي هذه الدراسات كان الألم يتمشل في أن يتلقى المفحوصون صدمات كهربائية مؤلة قبل تعاطى المخدر، وعد الصدمة يسمح للمفحوصين بتعاطى المخدر. وقد تم مقارنة المتطوعين بجموعة أخري ضابطة (سمح لهم بشرب المخدر) دون تعريفهم أنهم سيتلقون صدمة كهربائية وقد أوضحت رولي Rolwy وزملائها أنهم كانرا في حالة من الدهشة عندما وجدوا أن مستوي القلق كان مرتفع بعد شرب المخدر، ويرجع ذلك إلى أن المخدر كان منبع للتوتر في حد ذاتم لمعظم الافراد. وقد اعزي هؤلاء الباحثون ومجموعة أخري منهم «بلوم وريتشارد» ويرجع ذلك إلى أن المخدر كان منبع للتوتر في حد ذاتمه لمعظم Palwy, ودوست، بركاش، فلنجستد الافراد. وقد اعزي هؤلاء الباحثون Rossar 77 بروشت، بركاش، فلنجستد وآخرون Braucht, Brakach, Fullingstad et al 73 .

الله أن سوء استخدام المخدر يرجع إلى:

١ - طبيعة المخدرات وآثارها السيكولوچية وطريقة الحصول عليها.
 واستعمالها.

٢ - العرامل الوراثية.

٣ - شخصية المدمن

 العوامل السيكودينامية (الضغط،الصراع، الحاجات، الدوافع... الخ)(١١).

١ - طبيعة المخدرات :

لكل مادة كيمائية تركيبها الخاص الذي يسمح لها بالمرور في الجسم ويتغير أثناء مرورها صورة العقار الأصلية حيث تصل إلى الجهاز العصبي ويتم التفاعل بين العقار والمستقبلات ويحدث التأثير على الجسم والمخت ويرتبط المدمن بالعقار نظراً لما يحدثه له من آثار مفرحة وخفض للقلق والتوتر أي نتيجة للتعزيز الابجابي الذي يجعله يعبد استخدام المخدر للحصول على نفس التعزيزات وقد يضطر إلي زيادة الجرعة للوصول إلى الأثر الأول، وكذلك تؤثر طريقة استخدام المخدر في حدوث الإدمان إذ تنزداد فعاليت وسرعة وصوله إلى المخ حسب طريقة الاستعمال، ويعتبر الحقن في الوريد من أسرع الوسائل للوصول إلى الإدمان يلبه التعاطى عن طريق الفسم، كما يساعد سهولة الحصول على المخدر وتوافره في حدوث الإدمان (٢).

٢ - العوامل الوراثية :

وقد اتبع منهج أو أكثر من هذه الناهج لإيضاح علاقة الوراثة بالإدمان:

١ - دراسات على الحبوانات.

٢ - دراسة نسبة حدوث الإدمان في أبناء من أسر المدمنين.

٣ - دراسة التوائم.

وبالنسبة للمنهج الأول، فقد تمكن من ملاحظة أن الفئران الذين تعلم أباؤهم إدمان المخدرات كانت تدمن أيضاً هذه المواد بدون تدريب كما أوضحت دراسة ولكر Walker73.

ington. P.150.

⁽¹⁾ Jualith G., 1982, Abnormal Psychology Concepects Issues, Trends, New York: Macmillan Publishing Co., INC. P. 434 - 435. (2) Wilker A., 1962, Opiates Addiction - A Psychological and Neurophysiological Aspects in Relation to Clinical Problem, Wash-

وبالنسبة للمتهج الثانى: عقد وحد ولكر Walker آن من العواصل الرسيسية المرتبطه بنعاطى العماقير بين الطلبسة. سوء استخدام الوالدين للعقاقير، فهناك ارتباط بين إسراف الأب مى تعاطى المهدنات وتعاطى الأبناء لنقس العقاقير. وأن نسبة حدوث الإدمان لأبناء من آباء يتعاطون المخدرات تترواح بين ١٧:٧٣ أمثال نسبة حدوث ذلك من أبناء من أباء لا يتعاطون المخدرات. والأرجح فى ذلك أن الأبناء يقلدون سلوك تعاطى المخدرات الذي يشاهدونه فى أبائهم (١٠).

٣ - شخصية المدمن :

ققد توصل وبنك Winick إلى وجود بعض السمات تظهر على شخصية الأفراد الذين يدمنون المخدرات وتوصل إلى ذلك باستخدام اسلوب التحليل النفسى والاختبارات النفسية ودراسة شخصيات مجموعة من الأطفال على مدار السنين ثم مقارنة من يدمن منهم عند البلوغ بغير المدمنين منهم.

وقد صنف الشخصية الإدمانية إلى:

 (أ) غير الناضع: وهو العاجز عن إقامة علاقات هادفة مع أشخاص آخرين، ولا يستطيع الاعتماد على نفسه والاستقلال عن أبويه.

(ب) المتفانى فى ذاته: وهو الذي لا يستطيع أن يؤجل إشباع رغباته ويريد إشباعها فى التو والحال.

(م) الضعيف منسياً: رهو الذي يعانى شذوذ أو ضعف جنسى وبخاصة الجنسية المثلية.

(د) الضطهد لذاته: وهو الذي يعانى القلق عند التعبير عن غضبه ولذلك يلجأ إلى الخمر أل الخدرات لتخفيف القلق حتى يعبر عن غضبه بطريقة عنيفة في يعص الأحيان.

⁽¹⁾ Walker and Kenon, 1980, Aspects of Alcohol and Drug Dependence, London: Pittman Medical, PP 270 - 272.

(هـ) الشخصية الاكتثابية: وهي شخصية قلقة ومتوترة بلجأ للمخدر لتسكين قلقه ويؤدي تكرار تعاطيه للإدمان.

وفي الدراسات التي طيقت فيها الاختبيارات النفسية أرضحت أن الشخصية الإدمانية تتسم بالاكتئابية والفصامية والسيكوباتية (١٠).

ونجد أن السلوكيبن يحاولون تفسير سلوك الإدمان من خلال نظرية التعلم، ويروا أن إدمان الخصر أو العقاقير هو سلوك متعلم، فالشخص الذي يعانى القلق يتعاطى خمراً أو مخدراً فيشعر بالهدو، والراحة، ويعتبر هذا الاحساس بمثابية تعزيز إيجابي لتناول المخدر في مرات لاحقة، ويتكرار التعاطى يتعلم الشخص تناول العقار لتخفيف آثار المنع التي تحدث من انقطاعه عن المخدر. ويستمر الانسان في تعاطيه للمخدر رغم ما يعلمه وما لها من آثار مزعجة ولكنه لا بشعر بهذه الآثار السلبية لأنها لا تحدث في التو عند تعاطى المخدر، وتظهر بعد فترات تتراوح في الطول، والمعروف في التعلم إنه كلما كان الفاصل الزمني بين سلوك ونتيجته طويلاً، ضعف تعزيز هذا السلوك سواء كان تعزيز سلبي أو إيجابي. ويرتبط الشعور السار أو التعزيز الإيجابي الذي يحصل عليه المدمن من تعاطيمه المخدر بأشياء وأشخاص موجودين في البيئة وتصبح بمثابة مثيرات شرطيمة تحث الانسان على التعاطى، فرؤية مكان التعاطى أو الشلة أو المخدر أو بائع الملحة والعودة إلى تعاطى المخدر.

ويتفق ليند سميث Linde Smith 1968 في أن الإدصان سلوك مشل أنواع السلوك الأخري، فهو متعلم من خلال الاشراط، وهو مشابه في كثير لئفس الطريق الذي يسيل لعاب كلاب يافلوف من صوت الجرس، وقرر أن

Winick C., 1974. A Sociological Aspect of Durg Dependence. Ohio: CRC Press PP 23 + 27

⁽²⁾ Wikler A., 1970. A Dynamic of Drug Dependence Implications of A Conditioning Theory for Research and Treatment, New York: Arch Gen Psychiat. P 611

المثير هنا مرتبط بالاسحاب، مثل الناس، أو الأماكن خلال خبرات الاسحاب (المنع). ويؤكد أن هناك بعض الدلائل على أن الاشراط أو التعلم جزء أساسي يمكن أن يتدخل في الاعتماد الجسمي وآثار المنع المنزامنة (أي التي تحدث في وقت واحد). وقد ميز «سميث» ١٩٦٨ بين إدمان المخدرات واعتيادها، فالإدمان سلوك متعلم اساساً من خلال التعزيز السلبي الناتج من أعراض المنع، وأيضاً التعزيز الإيجابي الناتج من الأثر المربح للمخدر الذي يرتبط بإحكام مع الاعتياد على استخدام المخدر، فالسلوك يمكن أن يتعلم من اقتران الاستجابة مع تعزيز موجب مكافأة، أو آثار مبغضة (تعزيز سالب). فإدمان المخدرات مرتبط بخبرات الأفراد عن غياب المخدر وآلام المنع والتعرف عليها، فلو تحقق المدمن من أن قلقه وضيقه وتوتره ناتج من غياب المخدر، واستطاع الحصول على جرعة من المخدر وتغلب على هذه المشاعر لازداد حباً للمخدر، وعاود للإدمان مرة أخرى بعد فترة من عرجدث الانتكاس (۱۱).

ويحدث الإدمان وفقاً للسلوكين نتيجة لارتباط تعاطى المخدر بتعزيزات إيجابية متمثلة فيما بحدثه من آثار مبهجة، وانهاؤه لحالات متفاوتة من الضيق والبأس والقلق، يكون القضاء عليها بمثابة (مكافأة) ،وكذلك وجود مثيرات شرطية تدفع لتعاطى المخدر، تثير في المتعاطى الرغبة في المخدر مثل البيئة وما ينتمى إليها من أشياء خاصة بالمخدرات، كذلك حدوث آلام منع عند مقاطعة المخدر وزوال هذه الآلام بتعاطى الجوعة من المخدر.

ويذلك يكون الإدمان سلوك يتعلمه الانسان من البيئة المحيطة به مع أن هذه النظرية بالشكل الحالى لا توضع لماذا التعاطى من البداية، ولماذا تعاطت هذه المجموعة دون غيرها من الأفراد، وما هى الدوافع لتعاطى المخدر، وهل مجرد وجود المخدر يكون دافع لتعاطيه وادمانه، أم أن هناك

⁽¹⁾ Marlatt G.A., Rose F., 1980, Addictive Disorders. In: Alan S. Bellack and Michel Hereson (eds.), New Perspective in Abnormal Psychology, New York, University Press, PP 318 - 319.

عوامل أخري موجودة وكامنة فى شخصية المدمن وأيضاً بيئته تميزه عن غيره من الاشخاص وتجعله مستعداً ومتقبلاً للإدمان فيقسع فيه عندما يتهيأ له ذلك، أو قد تجعله يبحث هو عن المخدر ليسد به ما يشعره من عجز، وكيف حدثت الخبرة الأولى للتعاطى، فإذا كان الإدمان ناتج عن تعزيزات ايجابية من اللذة الناتجة من التعاطى، والتعزيزات السلبية من آلام المنسع، فما هو الدافع إلى أخذ المخدر فى المرة الأولى، لكسى بشعر الفرد بكل هذه التعزيزات التي تكون بثابة المحرك بعد ذلك للإدمان؟

نظرية التحليل النفسى لإدمان المخدرات :

Psychoanalysis Theory For Drug Dependence.

تري مدرسة التحليل النفسى أن سيكولوچية الإدمان تقوم علي اساسين: الأول: صراعات نفسية وترجم إلى:

 الحاجة إلى الاشباع الجنسى النرجسي الذي يرجع أساساً إلى اضطراب علاقات الحب والاشباع العضوي وبخاصة في المرحلة الفمية.

٢ - الجاجة إلى الأمن.

٣ - الحاجة إلى إثبات الذات وتأكيدها.

وتكرار التعاطى يعنى الفشل في حل تلك الصراعات واشباع هذه الحاجات.

الثاني: الآثار الكيمائية للمخدر، وهو الذي يميز مدمنى المخدرات عن غيرهم، وبذلك فإن الأصل في الإدمان وطبيعته يرجعان إلى التركيب النفسى للمريض الذي يحدث حالة الاستعداد، ومن ثم يأتى الدور الذي يلعبه آثار المخدر الكيمائية وخواصه.

وتكون الصورة العامة للمدمن والإدمان في ضوء نظرية التحليل النفسي كالآتي:

١ - ينظر التحليل النفسي للإدمان على المخدرات،في المستوى القهري

أي ذلك المستوى الذي يتعلق فيه المدمن بالمخدر تعلقاً قهرياً لا يستطيع فيه التخلي عن المخدر.

 بفرق التحليل النفسى بين المدمنين على المخدرات وغيرهم ممن يدمنون على مواد أخري، وإن كانت هى الأخيرة تشير إلى شىء من الاضطراب الذى لا يرقى إلى المرض أو الشذوذ.

٣ - إن مدمنى المخدرات تنطوي نفوسهم على اضطراب نفسى عميق،
 تشبه أعراضه أعراض الرض النفسى أو العقلى وأحياناً تكون اكثر حدة.

٤ - ينكر التحليل النفسى أن مدمنى المخدرات يندرجون تحت السيكوباتية في اضطراب الشخصية، ويدللون على ذلك بأن السيكوباتي يلجأ إلى وسائل وطرائق خارجية في تعامله مع صراعاته وحلها، فهو يعمد إلى تغيير البيئة عا يتفق مع دوافعه اللاشعورية، كما أنه يصب عدوانه أيضاً على البيئة الخارجية وليس على نفسه، بينما المدمن في حلم لصراعاته اللاشعورية يستعمل عمليات لا شعورية أيضاً في حل تلك الصراعات، ويصب عدوانه على ذاته لا على العالم الخارجي.

٥ - إن مظاهر الإدمان تتمثل في الاشكال الآتية:

(أ) نويات من المرح والانبساط، وهذا هو الشكل الاساسى للإدمان.

(ب) اضطراب جنسي أو نشاط جنسي مشوش أو غير ناضج.

(جـ) مظاهر بارانويا وتحدث في الحالات المتقدمة من الإدمان.

(د) تدهور عقلي.

(هـ) تدهور خلقي واجتماعي ومهني.

٦- بفسر التحليل النفسى ظاهرة إدمان المخدرات فى ضوء الاضطرابات التلاث تعتري المدمن فى طفولته المبكرة والتى لا تتجاوز السنوات الثلاث أو الأربع الأولى، وتري مدرسة التحليل النفسى أن ظاهرة الإدمان ترجع فى أساسها إلى اضطراب العلاقات الحبية فى الطفولة المبكرة بين المدمن ووالديه اضطرابا يتضمن ثنائية العاطفة أي الحب والكراهية للوالد فى

نفس الوقت 4 هذه العلاقة المزدوجة تسقط وتنقسل على المخدر، ويصبح المخدر رمزاً لموضوع الحب الأصلى الذي كان يمثل الخطر والحب معالاً 1).

وقد أوضح د. زيور أن سلوك مدمن المخدرات أو متعاطيها ينتمى إلى مرحلة مجاورة لتلك المرحلة التى ينتمى إليها المريض بالهوس والاكتئاب أي المرحلة القمية المتأخرة، وأن حالة النشوة التى يحققها التخدير، تتميز بانطلاق أخيلة هازلة، لما تحفل به من مفارقات مؤدية إلى قهقهة تفرغ قدراً كبيراً من التوتر، مما يؤدي إلى فرفشة Euphoria من نوع فريد، ومرح الإدمان هذا بمثابة ميكانيزم دفاعى لمتغلب على الاكتئاب والخلاص منه، وبذلك فهو هوس صناعى مقابل للهوس التقائى فى ذهان الهوس والاكتئاب

ويقول د.زيور أن الحالة العادية للمدمن تتميز بأنها ذات طابع اكتئابى وتتسم حالة الاكتئاب هذه - من زاوية العلاقة بالموضوع - بالادماج العدواني كموضوع لم يتم قيزه عن «أنا» المكتئب، ولما كان الأمنا قليل النضج، فإن تاعدة تعامله مع الموضوع يسودها مبدأ الأخذ دون العطاء بصورة غير واقعية تتسم بالنهم، وتوقع من الموضوع بأن يمتحه كل شيء في كل وقت ويدون حساب، وهذا يؤدي بالضرورة إلى أن يحس بالاحباط، وبالتالي النقمة على الموضوع بالرغم من حبه إياه، وحاجته إليه.

ويتميز مرح الهوس باستخدام ميكانيزم الانكار على نطاق واسع، وغاية الانكار تفادي الهيله والشعور بالعجز أو الحطة أو الملامة عما يخدش نرجسية الذات (اعتبار الذات وتقديرها لذاتها) على أن الانكار في حالة المرح لا يكون إلا جزئياً، حيث نجد إلى جانب الرفض قبولاً، وهما موقفان يؤدبان إلى إنفصام طفيف في الذات وتتوقف النتيجة على أيهما تكون له الغلبة.

وثمة سمة شائعة في مرح الهوس تتكون من إزدحام الافكار وسرعة

 ⁽١) سعد زغلول المفريق ١٩٩٣، تعاطى الحشيش - دراسة نفسية اجتماعية - القاهرة:
 درا للعارف. بن ص ۲۰۰ - ۲۹۱.

جريانها وتسمى (طيران الأفكار) وتشبه هذه الحالة حالة التخدير حيث تتعاقب الأخيلة وتتزاحم وتفيض بالمفارقات.

وفيما يتعلق بظاهرة السبات لدي المدمنين فهى ترجع إلى حالة الاشباع الفمى قي الطفولة المبكرة، على ذلك فإن النوم العميق الهادى، الغفل يكرر نوم الرضيع الهادى، بعد شبعه ويستعيد اتحاد الأتا بالثدي. وفيما يختص بحالة النشوة أثناء التخدير، فيمكن القول بأنها سيادة الرغبات الثلاث للعشقية الفمية:

الرغبة في الاستسلام للالتهام، والرغبة في النوم، كما أننا نجد أن الأنا الأعلى يحل محل الثدي، ولما كيان الأنا الأعلى يتسم لا شعورياً بالخلود فإدماجه يحقق للذات الخلود أيضأ والاندماج فيه استسلام لكائن مطلق القدرة واسترخاء بين جوانحه وفناء فيه نوم سعيد لا نهائي. وهذا يسفر عن وحدة لا تفريق فيها بين الذات والموضوع وأن تقدير الذات يرتفع ارتفاعاً قد يصل إلى الجلال والسمو الفائق، وهذا يتضمن طبعاً كل انعدام باللحظية والعجز أو التوتير الناشئ من تأنيب الضمير كما يتضمن ` الاحساس بالخلود أو بالقدرة المطلقة على كل شيء والمتغلبة على كل متاعب الحياة، ثم الشعور بأن الذات قيد أصبحت مركز العالم، ويسود شعبور المحية الجارفية وتتلاشى العيداوة، ونتيجية لذلك نجيد أن سمات الاكتئابية والانسحابية والانطوائية التي تتسم بها شخصية المتعاطي بدرجات متفاوتة تتحول إلى شيء آخر مختلف تمامياً فتغدو الاكتئابية مرحاً دافقاً والانسحاسة اقسالاً والانطوانية انساطاً وهذه السمات الوجدانية لا تتحقق دائماً بأكملها بشكل دائم يهدد الصورة النموذجية لدى كل متعاط، فهناك فروق فردية ترجع إلى تكوينات نفسية أو مزاجبة متباينة، وهذا يؤدي بدوره إلى اختلافات عديدة في حالة التخدير (١).

 ⁽١) مصطفى زيور،١٩٩٣، تعاطى الحشيش مشكلة نفسية - من أعمال الحلقة الثانية لمكافحة الجرية - القاهرة. المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. ص ص ٣٦ - ٣٨.

ويذلك نري أن مدرسة التحليل النفسي تري أن المدمن أو المتعاطى يقبل كلاهما على المخدر طلباً للتوازن بينه وبين واقعه، توازن يكاد يختل ويتعشر في الحفاظ عليه والابقاء عليه عند حد أدنى من الاستقرار، ويجد في المخدر سندا وعوناً له في الحفاظ على هذا التوازن، فوظيفة المخدر إنه سند يمنح المدمن القدرة والقوة على مواجهة واقعه وذلك لما يحدثه فيه من تغير في نشاط وظائفه النفسية وعملياته العقلية، تنعكس في ادراكه هو وسيلة علاج ذاتي يلجأ إليها الشخص لاشباع حاجات طفليه لا شعورية، فنمو المدمن النفسي الجنسي مضطرب لتثبيت الطاقة الغريزية في منطقة الغم وعندما يكبر تظهر على شخصيته صفات التثبيت ومنها: السلبية والاتكالية، وعدم القدرة على تحمل التوتر النفسي والاحباط وكذلك فالمدمن شأنه شأن المنفعل يغير من نفسه بدلاً من أن يغير من واقعه ومن عالمه، وهذا التغير الذي يحدثه له المخدر يتيح له إعادة بناء عالمه، إعادة سحرية وهمية ولكنها الاعادة التي تمكنه من التكيف مع واقعه.

والمخدر يخدر شعور المدمن بالعجز وقلة الحيلة إزاء عالمه ويسلمه لشعور زائف مقابل ومناقض بالقدرة والكفاية، وهذا الشعور بالعجز في مواجهة الواقع يرجع إلى:

البناء النفسى الداخلي للمدمن من حيث هو بناء هش يفتقر إلى
 القوة والتماسك الداخلي والتكامل.

٢ - الواقع الخارجي من حيث ضراوته وقسوته وما يمثله من إحباط
 ومصاعب تعترض ظروف تحقيق إشباع المطالب الانسانية الأساسية.

﴿ الوجهة الاجتماعية للإدمان على المخدرات :

Sociological Aspect to Drug Addiction.

اهتم علماء النفس وعلماء الاجتماع بالإمراض الاجتماعية، والسلوك

المنحرف، ورأوا أن السلوك الاجتماعي في حد ذاته لا يمكن أن يقال إنه سلوك منحرف أو غير منحرف، سوى أو مرضى، ولكن الذي يصفه بهذه الصفة أو تلك هو تقييم المجتمع له في ضوء مدي التزامه أو خروجه عن العايير الاجتماعية للسلوك. وقد يقع الانسان في الانحراف منجرفاً في تناره أو مختاراً له، أو رغم إرادته، أو نتيجة جهله وظروفه السيئة. ويعتبر المنحرف مريضاً اجتماعياً، والمرض الاجتماعي سلوك سالب غير بناء وهدام، ويعتبر مشكلة اجتماعية تهدد أمن الفرد والجماعة، ذلك لأن النحرفين والجانحين وذوي السلوك المضاد للمجتمع يمثلون خطراً على حياة الآخرين، ويكونون عنصر قلق واضطراب، قد يعرضون فيه محياة الآخرين للخطر، وهم في نفس الوقت خطراً على أنفسهم لأنهم نتيجة لانحرافهم للخطر، وهم في نفس الوقت خطراً على أنفسهم لأنهم نتيجة لانحرافهم يقاومهم المجتمع، مما يجعلهم عرضة لاضطرابات نفسية أقلها القلق، وهم عثلون مشكلة اجتماعية اقتصادية خطيرة، فهم فاقد بشري بالنسبة لعملية عثلون مشكلة اجتماعية اقتصادي، وهم أيضاً معاول هدم في المجتمع (١٠).

ويعتبر الإدمان على المخدرات من الشكلات الاجتماعية الخطيرة التى تؤثر على تقدم المجتمعات ورقيها، كما تؤثر على الحالة الصحية والنفسية للأشخاص المدمنين.

فقد حاول بعض الباحثين تفسير ظاهرة الإدمان تفسيراً اجتماعياً يقوم على عملية التعلم الاجتماعي، وكان من هذه المحاولات الدارسة التي قام بها بيكر (Picker (190۳) على ٥٠ حالة من مدمنى الحشيش من مستويات مختلفة وذلك بالاعتماد على المقابلة ودراسة تاريخ الحالة. وركز بحثه على افتراض أن أي سلوك إنسانى ما هو إلا نتيجة لتتابع الخبرات الاجتماعية والتي من خلالها يكتسب القرد مفهوماً عن معنى السلوك، كما يكتسب مدركات وأحكام معينة عن المواقف التي تجمل

 ⁽١) ج. ب. جيلفورد، ١٩٥٩، مبادين علم النفس النظرية والتطبيقية – إشراف يوسف مواد - القاهر: دار العارف. ص ٣٣٧.

النشاط مكناً ومرغوباً فيه. واستناداً على هذا الافتراض لم يسعسى «بيكر» لمعرفة الأسباب المؤدية للسلوك، فهو يري أنها مجرد عملية تعلم ينشأ من خلالها الدافع إلى السلوك، ويكون تحقيق اللذة هو ذلك الدافع الذي يؤخذ من أجله المخدر. ويعتبر «بيكر» الأسباب المؤدية للسلوك نوعاً من السببية النسبية لتعاطى المخدر.

ويفسر «بيكر» سلوك التعاطى مبتدناً بالشخص الذي يشعر برغبة فى تعاطون تعاطون المخدر أو تجربته يقوله «إن هذا الشخص يعرف أن غيره يتعاطون المخدر للوصول إلى حالة اللذة أو النشوة، ولا يعرف هذا الشخص ماهية هذه الحالة، وبدافع حب الاستطلاع للتعرف على هذه الخبرة التي لا يعرف نتيجتها، وبالانغماس فى خطوات التجربة وتكوين الاتجاهات اللازمة التى تنشأ خلالها، يصبح راغباً فى استعمال المخدر من أجل الحصول على اللذة».

وقد حدد «بيكر» خطوات التعام الاجتماعي لتعاطى المخدر كالآتي: أولا - تعلم الطريقة الصحيحة للتعاطس الشي تنؤدي إلى أثبار تغديرية فعلية :

ويوضح «بيكر» ذلك بأنه في التجربة الأولى لا يحصل المبتدى، عادة على اللذة المطلوبة، وبرحع ذلك إلى عدم صحة الطريقة التي تناول بها المخدر، وعدء كفاية الكمية، كما يؤدي إلى استحالة الوصول لحالة التخدير المرغوبة، وينعذر على المتعاطى المبتدى، أن بكون لديه مفهوم معين عن المخدر كموضوع يستعمل للوصول إلى اللذة، فيتوقف عن استعمال المحدر. فتكون الخطوة الأولى لكى يصبح متعاطياً هي تعلم الطرق الصحيحة للتعاطى حتى تحدث الآثار التخديرية، ومن ثم يتغير مفهومه عن المخدر، هذا التغير قد يحدث عن طريق التعلم المباشر أو غير المباشر وذلك بملاحظة وتقليد سلوك الآخرين.

ثانياً - التعرف على الآثار التخديرية وربطها باستعمال المخدر :

وتتضمن هذه الخطوة عاملين: الأول ظهور آثار التخدير، والثانى ربط هذه الآثار فى ذهن المتعاطى بالمخدر. ولكى يستمر المتعاطى فإنه ليس من الضروري فقط أن يتعاطى الشخص المخدر للحصول على آثار معينة، وإغا يجب أن يتعام إدراك تلك الآثار عندما تحدث ،لأنه فى هذه الحالة، يكتسب المخدر معنى ما عند المتعاطى كموضوع يمكن استخدامه من أجل الحصول على اللذة، وبتكرار التجرية يزداد تقدير المتعاطى لآثار المخدر فيواصل تعلم الوصول إلى قمة النشوة. ونتيجة لذلك تنمو عنده مجموعة من الخبرات والتجاوب الراسخة عن آثار المخدر تساعده فى الوصول إلى قمة التشوة.

ثالثاً - تعلم الاستمتاع بآثار المخدر :

ويري «بيكر» أن هذه الخطوة ضرورية لاستمرار التعاطى إذ أن آثار التخدير لا تؤدي بالضرورة إلى الشعور بأنها لذيذة، وذلك لأن تذوق مثل هذه التجربة ما هو إلا عملية تعلم اجتماعية لا تختلف عن تجربة تذوق أي نوع من أنواع الأطعمة. فقد يحدث للمتعاطى في أول الأمر أن يدرك أثل التخدير الجسمية إدراكاً مؤلماً مخيفاً أو غامضاً. هذه التجربة الأولى قد تكون دافع على توقف استمرار التعاطى مالم يتعلم المبتدى، في تجارب آخري إدراك هذه الآثار على أنها شي، لذيذ. ويري «بيكر» أنمه يبدث هذا أن خلال التفاعل الاجتماعي مع المتعاطين الآخرين ذري الخيرة برعم التجربة الأولى المؤلمة، ويؤكدون له أن هذه الآثار المؤلمة الأولى ما هي الادمانية الطويلة، ويث يؤثرون عليه ويعلمونه أن يجد اللذة في التعاطى بإلا مسألة عادية عربها كل فرد، ويوجهون انتباهه إلى الجوانب اللذيذة بالربحة من آثار المخدر. هذا التحول في معنى الخبرة قد اكتسبه الفرد من الآخرين، وبغير ذلك يشوقف تعاطى المخدر على درجة مشاركة المتعاطى اللذذ. ويتوقف إعادة المعنى اللذيذ المخدر على درجة مشاركة المتعاطى اللذة. ويتوقف إعادة المعنى اللذيذ المخدر على درجة مشاركة المتعاطى اللذة. ويتوقف إعادة المعنى اللذيذ المخدر على درجة مشاركة المتعاطى اللذة. ويتوقف إعادة المعنى اللذيذ المخدر على درجة مشاركة المتعاطى اللذة. ويتوقف إعادة المعنى اللذيذ ويتوقف إعادة المعنى اللذية المخدر على درجة مشاركة المتعاطى

مع غيره من المتعاطين، فإذا كانت هذه المشاركة قوية تغير الاتجاه المضاد نحو المخدر وتعيد إليه إتجاهه السابق.

علي هذا، لا يستطيع الفرد أن يواصل تعاطى المخدر من أجل اللذة ما لم يتعلم تحديد آثار المخدر كأشياء ممتعة، وما لم تصبح وتستمر هذه الآثار موضوعاً يدركه الشخص المتعاطى كشىء مجلب للذة والمتعة.

ويؤكد «بيكر» أنه من خلال عمليات التعلم السابق ذكرها ينمو عند الفرد الاستعداد أو الدافع لم الفرد الاستعداد أو الدافع لم يكن موجوداً عندما بدأ الفرد التعاطى، وذلك لأن هذا الدافع يعتمد على مفاهيم ومعانى خاصة بالمخدر لا تنمو إلا من خلال التجارب والخبرات الفعلية للتعاطى.

ويشير «بيكر » إلى ما يتعلق إلى الحكم العام الاخلاقى على التعاطى ورأي المجتمع فيه بأنه لا يؤثر على سلوك المتعاطى إلا بقدر طفيف. ففى حالة عدم قبول المجتمع فإن ذلك قد يحد من استمسرار التعاطى، ولكن التعاطى يظل قائماً نتيجة المهوم الفرد عن التعاطى، ولا يصبح السلوك مستحيلاً إلا إذا فقد الفرد القدرة على الاستمتاع بالحالة التخديرية ومن خلال الخبرات التي بتعرض لها(١).

ونري أن «بيكر» في تفسير هذا، قد أغفل الكثير من العمليات الاساسية التي تفسر أي سلوك اجتماعي للإنسان ومن هذه العمليات:

دواقع السلوك.

■ الضغوط الدافعة للسلوك.

■ تاريخ حياة الفرد وخبراته السابقة التي تؤثر في اكتسابه لأي سلوك جديد.

Becker, H.S., 1959, Becoming a Marijuana Users- A Psycological Approach - Morton: Mental Health and Mental Disorders. PP. 235 - 242.

■ إغضال بعض جوانب المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه الفرد ويتأثر به، ذلك أن الفرد نتاج للظروف الاجتماعية والاقتصادية التي يوبد فيه، أو يستطيع يولد فيها، فليس هناك كائن بمعزل عن المجتمع الذي يوجد فيه، أو يستطيع أن يهرب من تأثيرات هذا المجتمع على تكوينه وغو شخصيته وأفكاره وقدراته العقلية واتجاهاته وخصائصه الانفعالية وسلوكه، فالشخصية الانسانية تتشكل وفقاً لقوانين التطورالاجتماعي، لذلك فإنه يلزمنا لفهم شخصيات الافراد وما يأتونه من سلوك، تحليل انتمانهم الاجتماعي، وتحديد الظروف الاجتماعية الواقعية التي شكلت شخصياتهم وسلوكه.

ويري روبرت مرتون Robert Merton أن تعاطى المخدرات هو استجابة انسحابية من جانب المتعاطى الذي يجد أن سبل النجاح مغلقة أمامه كما أنه لا يستطيع إرتكاب أفعال إجرامية يحقق بها أهدافه لعجزه عن ذلك، ويفسر إرتفاع معدلات الإدمان على المخدرات على أنه انعكاس للموقف الذي يمجد فيه المجتمع هدف النجاح الفردي، مثل تجميع الثروة والممتلكات، ولكنه في نفس الوقت لا يسمح لبعض الناس بتحقيق هذا الهدف، فيخالف هذا البعض معايير المجتمع وينحرف عما يرضيه. وقد تكون أوجه هذا الانحراف هو إدمان المخدرات (١).

ويفسر «دونالد تافت» Donald Tafft الانحراف الاجتماعي بما فيله إدمان المخدرات بقول وإذا كانت ثقافة ما تتسلم بالتعقيد المادي والدينامية، وتعجيد الشخص الذي ينجح في الصراع والتنافس، ولكنها تسد انظريق أمام الكثيرين لتحقيق هذا النجاح، فإن فشل هؤلاء يؤدي إلى ظهور أغاط ملوكية عدائية ضارة بمصالح المجتمع ككل، ولكنها تتلام مع المثل العليا الأساسية في هذا المجتمع» (١٢).

(1) Merton R.K., 1968, Social Theory and Social Structure, New York: The Macmillan Company. PP 325 - 327.

⁽²⁾ Donald Taffit D., 1957, Crimminology, New York: The Macmillan Company. P 24.

فالإدمان على المخدرات شأنه شأن الأمراض الاجتماعية الاخري التى يدفع إليها العديد من العوامل المتشابكة، فإلى جانب الاضطرابات الفسيولوچية التى قد تحدث في مراحل النمو المختلفة، والعوامل العضوية مثل الأمراض والتسمم والاصابات والعاهات والعيوب والتشوهات الخلقية. وإلى جانب الأسباب النفسية مثل الصراع والاحباط والحرمان والعدوان وحيل الدفاع النفسي الفاشلة، والخبرات السيئة والصادمة، والعادات غير الصحية، وعدم النضح النفسي، فإلى جانب هذا كله تأتى الاسباب الاجتماعية التى تساعد على ظهور السلوك الشاذ، والاضطراب الاحتماعية ومن هذه الاسباب:

البيئة الاجتماعية :

تؤثر عوامل البيئة والوسط الاجتماعى الذي يتحرك فيه الفرد فى تشكيل وغو شخصيته وتحديد حيل دفاعه النفسى عن طريق نوع التربية والضغوط والمطالب التى تسود فى البيئة الاجتماعية التى يعيش فيها وإذا فشل الفرد فى مقابلة هذه الضغوط وتلك المطالب، وخاصة إذا زاد ما بينها من تناقضات ساء توافقه الاجتماعى والنفسى، وأدي ذلك به إلى الانحراف. وتتحدد نسب الانحراف حسب البيئة الفقيرة أو الغنية والحضرية أو الريفية.

العوامل الحضارية والثقافية:

غشل العواصل الحضارية والاتجاهات الثقافية عواصل هامة في انتاج الانحراف، وددل بعض الشواهد على أن بعض الأمراض النفسية غيل إلى الانتشار في المجتمعات المتحضرة أكثر من المجتمعات البدائية.

اضطراب التنشئة الاجتماعية :

إن عملية التنشئة الاجتماعية هي العملية التي تحول الانسان من كائن (بيولوچي) إلى كائن اجتماعي وتكبيه صفة الانسانية. وأي عائق يعوق عملية التنشئة هذه يصبح مصدراً للضفط والاضطراب النفسى، فالتنشئة الاجتماعية غير السوية تخلق احباطات وتوترات لدى الفرد⁽¹⁾.

ومن الضروري عند التفسير الاجتماعي لظاهرة إدمان المخدرات أن نهتم بالظروف الاجتماعية والاقتصادية للمدمنين، وفيما يلي وصف لسمات المتعاطن الاجتماعية كما أوضحتها البحوث والكتابات.

، سمات المتعاطين الاجتماعية :

: سن المدمنين - 1

تدل معظم الدراسات على أن إدمان المغدرات ينتشر بين الشباب أو من تقل أعمارهم عن أربعين سنة، فيزداد التعاطى للماريجوانا فى الولايات المتحدة بين صغار السن، وانتشار الامفيتامينات بين طلاب المدارس الثانوية أو تقدر نسبة من يتعاطى المخدرات فيمن يقل سنهم عن ٢٥ سنة إلى ٥٠٪ من نسبة هذه المجموعة.

وقد أوضحت نتائج الدراسات التي قام بها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية وسعد زغلول المغربي إلى أن انتشار تعاطي المخدرات (الحشيش) يوجد في فئة العمر التي قتد من المستح إلى ٤٠ عاماً فما فوق.

وقد أوضحت الدراسة الحالية أناريق يسط سن مدمنى المخدرات (٤١) سنة على أن الإدمان عادة ما يبدأ في سن مبكرة عن ذلك بكثير

الدمنين : - جنس المدمنين

تنتشر العقاقير والمخدرات بين الذكور أكثر من الإناث باستثناء مجموعة الباربيتورات والامفيتامينات Barbiturates and Amphetamines التي تنتشر أكثر بين الإناث متوسطات الأعمار لما لها من خاصية نقص الرزن.

 ⁽۱) حامد عبد السلام زهران، ۱۹۷۷، علم النفس الاجتماعي. القاهرة: عالم الكتب ص ص ۳۳۹. - ۳٤.

وقد اتضح من دراسة ايزيدور تشاين Isiodor Chien التي نشرت بعنوان «الطريق إلى المخدرات: تعاطى المخدرات والجناح والسياسة العامة » والتي قام فيها بدراسة توزيع متعاطى الحشيش في مدينة نيويورك فوجد أن ٨٥٪ منهم من الذكور، وفي الهند أتضع من بحث كوبرا وكوبرا أن تعاطى المخدرات أكثر انتشاراً بين الذكور عنه بين الإناث، وتتفق الأبحاث المصرية لسعد المغربي، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنانية مع المدراسات، وأن الإدمان ينتشر في مصر بين الذكور (١).

فالسلوك الانحرافى عافيه إدمان المخدرات بين الجماعات المختلفة ناتج عن تأثير اختلاف تأثير الثقافة على كل من هذه الجماعات، فإرتفاع الإدمان لدي الذكور عنه لدي الإناث، يرجع إلى الحماية النسبية التى لدي الإناث من التعرض للأزمات الانفعالية والاقتصادية والتنافس، ولاختلاف أدوارهن في المجتمع عن الذكور، وحين تتساوي النساء في التعرض لهذه الازمات مع الرجال، قيل الانحرافات إلى الانتشار بينهن بالمثل.

· الحالة المهنية والتعليمية للمدمنين :

تؤكد معظم الدراسات أن المدمنين عن لديهم مشكلات دراسية وقفت في طريق تقدمهم الأكاديم، وكذلك أثبتت نتائج أبحاث المركز القومى وسعد المغربى أن تعاطى الحشيش منتشر بين الأميين ونسبة قليلة عمن يعرفون القراءة والكتابة وذوي التعليم المنخفض أكثر من غيرها من الفئات وكذلك أوضح فاروق عبد السلام (١٩٨٢) أن تعاطى الأفيون ينتشر بين الأميين (٢).

كما بنتشر الإدمان وفقاً للدراسات السابقة في معظم الفشات

 ⁽١) سمير نعيم أحمد، ١٩٧١، خطر تعاطي المخدرات القائم في المنطقة العربية. القاهرة:
 المكتب الدولي العربي لشئون المخدرات. ص ص ٤٥ - ٤٩.

 ⁽٢) فاروق عبد السلام، ١٩٨١، بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية المتعلقة بالإدمان
 رسالة وكثوراه (غير منشورة) - كلية التربية - جامعة الأزهر. ص ٣٢٥.

الاجتماعية ولكن أكثر الفئات تعاطياً وانتشاراً في مصر هي فئة العمال والمهنيين والفلاحينه

ويوضح بيسكور Pescor فى مقالة بعنوان التحليل الإحصائى لسجلات مدمنى المخدرات بالمستشفيات، من أن الإدمان منتشر بين الأطباء والمرضات والصيادلة، وارتفاع الإدمان عنى فئة المشتغلين بالأعمال المنزلية، والخدمات. ومعظم مدمنى الهيرويين من الشباب العاطلين عن العمل، ونسبة من يعمل منهم ٢٦٪ وجميعهم من الطبقات الاجتماعية الدنيا(١).

المالة الأسرية :

تعتبر الأسر التى تفشل فى توفير الحاجات الأساسية لأبنائها مثل: المحافظة. على صحتهم، ووظائفهم الحيوية، اكسابهم العادات الاجتماعية السليمة، وكيفية تكوين العلاقات مع الآخرين، وفرض الضوابط على دوافعهم الجنسية وإشباع حاجاتهم الانفعالية أسر معتلة، مما يؤدي إلى إنحراف أفرادها بصورة أو أخري، وتكون إحدي صور الإنحراف هى تعاطى أو إدمان المخدرات. فقد تبين من الدراسات أن أسر المدمنون مضطربة فى تواحى متعددة، فقد ثبت أن أبناء الأسر المفتتة أو المنهارة تدمن على المخدرات أكثر من غيرها عند الكبر. وكذلك الأسر التى تعتبر الأم فيها الشخصية الرئيسية، تؤثر على غو السمات التى تؤدي إلى الاستعداد للإدمان. فالملاحظ فى معظم أسر المدمنين أن الأب غائب معظم الوقت ولا يحارس دور فى الحياة الأسرية، والأم متملكة ومسيطرة ومن صفات هذا النوع من الأمهات: الاضطراب الانفعالي، الشعور بالذب

⁽¹⁾ Pescot 1953. A Statistical Analysis of the Clinical Records of Hospitalized Durg. Addicts. Washington: Government Printing Office. P.6.

وقد أثبت سمارت Smart 71 أن استعمال أحد الوالدين للمخدر يومياً يؤثر تأثيراً كبيراً على إستعداد الطفل لاستعمال المخدرات، وأتضح من دراسته أن ٢٠٪ من الأطفال يستخدمون نفس المخدر الذي استعمله الأب أو الأم.

يد وقد أوضح ويلكر Walker أن هناك عاملين مرتبطين إرتباطاً جوهرياً بإدمان المخدرات عند الأطفال عند وصولهم إلى سن المراهقة وهما:

- ١ - صراعات خاصة بالرغبة في الاتكالية ويشمل:

- تذبذب الأم بين العطف والحنان من جهة والنبذ من جهة أخرى.
- تهرب الأم من الأزمات الأسرية ولجوئها إلى الخمر أو الانغماس في الجنس.
 - إنحراف سلوك الأم.
 - إهانة الأب للأم.
 - تنافر الوالدين.
 - سخط الأم وعدم تقبلها للأمومة.
- ٢ عدم قدرة الطفل على إدراك دوره فى المجتمع ويشمل عدة عوامل خاصة بهذا العجز وهي:
 - نبذ الوالدين للطفل.
 - تهرب الأب من المسؤلية.
 - إنعدام طموحات الأبوين فيما يتعلق بمستقبل الطفل.
 - إنعدام مراقبة الطفل والإشراف عليه.
 - ضعف الضوابطِ التي تغرضها الأم على سلوك الطفل(١١).

⁽¹⁾ Wikler A., 1970, A Dynamic of Durg Dependence Implications of A Conditioning Theory for Research and Treatment, New York: Arch Gen Psychiat. PP 612 - 615.

يقصد بدوافع التعاطى تلك الدوافع الداخلية التى تعتمل فى نفس الفرد فتجعله يتعاطى المخدر، سواء أكان هذا التعاطى بانتظام، أم كان حسب المناسبات والظروف، وقد حدد حسن الساعاتى هذه الدوافع فى مقاله عن «تعاطى الحشيش كمشكلة اجتماعية» بما يلى:

اناسى الهموم واستجلاب السرور :

ويري د.حسن الساعاتي أن دافع التعاطى بقصد تناسى الهموم واستجلاب السرور يعد من أهم الدوافع في هذا المجال، فيكون التعاطى في هذه الحالة طريقة سهلة من ظرق الهروب من الواقع المخيف المقلق المحزن.

٧٧ - تحصيل لذة جنسية كبري :

وبأتى هذا الدافع فى المرتبة الشانية من الدوافع التى تؤدي إلى التعاطى، وذلك بقصد الحصول على قدر من اللذة فى تمارسة العملية الجنسية. ويكثر التعاطى للمخدرات فى الأيام الأولى من الزواج، حيث يصفه بعض المتعاطين لأصدقائهم كعلاج لسرعة القذف، ورعا يفسر ذلك كثرة تناوله فى أيام الزواج الأولى التى قد يتعرض فيها بعض الأزواج لهذه المشكلة التى كثيراً ما تحل من نفسها بعد زوال الشعور بحداثة الزواج، وبالحران واكتساب الخيرة التى تزيد الثقة بالنفس.

٣ - استشعار روح الجماعة المرحة :

وبعد هذا الدافع عاملاً ثالثاً قوياً من العوامل التي تدفع على التعاطى. وهناك من يرون أن هذا العامل أقري بكثير من العامل الجنسي ذات ويتضح ذلك من مناقشة الكثير عن يتعاطون المخدر، حتى أنهم لي من بأن التعاطى يجمع أفراد الجماعة، وبنشأ عن تعاملهم مع بعض أثناء التعاطى جو ملى، بالفرح والبهجة والنشوة التي تجعلهم يضحكون

لأتفه الأمور، ويتبادلون النكتة والتحية المتكررة. إلى جانب أيضاً أن جلسة التعاطى تجمع أفراداً من مهن وطبقات ومراكز ومستويات تعليمية مختلفة، فتشيع بينهم المساواة والاخاء إلى درجة بالغة، هذا فضلاً عما تتيحه للأفراد من التحرر من الضوابط الاجتماعية التي تفرض عليهم ألواناً معينة من السلوك.

٤ - دواقع أخرى خاصة :

ويقصد بذلك، الدواقع التى تجعل بعض الافراد من فئات معينة يتعاطون المخدر، مثل الفنانون بقصد إجادة الفن لأنه في إعتقادهم يساعد على التفان والابداع والإجادة، وهناك من يتعاطى ليتحايل على النوم ويعالج به حالة الأرق، وهناك من يتعاطون للتحرر من ملل أعمالهم الرتيبة، وهناك من يتعاطى بقصد تسكين ألم جسمى معين. (11)

ويذلك نجد أن هناك مجموعة من الدوافع التى تعتمل فى نفس الفرد، وتهيىء لتكوين شخصية متعاطى أو مدمن المخدرات ونستطيع أن نوجز هذه العوامل الدافعة على هذا السلوك:

■ البيئة الاجتماعية التي يتحرك فيها الفرد والتي تؤثر في تشكيل وغو شخصيته، وما تنطوي عليه هذه البيئة من أساليب تربوية فاشلة في تكوين شخصية ناضجة، مثل القسوة أو الأهمال والحرمان.

 ■ التفاوت الطبقى مع أوضاع تنظوي على الحرمان والتنافس غير المتكافىء.

إنعدام منافذ السلوك السليم.

 ⁽١) حسن الساعاتي، ١٩٦٣، تعاطي الحشيش كمشكلة اجتماعية – من اعمال الحلقة الثانية لمكافحة الجرعة – القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. ص ص ٥٨ ~

 ■ قيم ثقافية واجتماعية وأخلاقية ودينية غير مستقرة تؤدي إلى الحيرة والشك وعدم الثقة والانسحاب من المجتمع.

■ الحرمان المادي والفقر والجهل، والإقامة في بيئات منحطة shm أو متخلفة.

■ ضعف الضوابط الاجتماعية على السلوك المنحرف، مع وجود جماعات تؤيد هذا السلوك وتسهل القيام به، وينطوي هذا على سهولة الحصول على المخدر وتوافره، وتوافر أماكن التعاطى.

■ وجود قيم ومعايير حضرية وثقافية تؤدي إلى حدوث الصراع الطبقى، فبينما تساعد هذه القيم على تحقيق الثراء والتقدم فى الطبقات العليا بأساليب مشروعة، إلا أنها تحول دون ذلك فى الطبقات الدنيا، مما يؤدي إلى بذل الجهد من جانب الطبقات الدنيا لتحقيق النجاح بطرق غير مشروعة وحين يفشلون فى ذلك يلجأون إلى الانسحابية من المجتمع باللجوء إلى إدمان المخدرات.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

إُوَّلِاً - الدراسات العربية ثانياً - الدراسات الأجنبية وتشمل على،

- « قراسات تناولت سمات المدمنين السيكولوچية
 - » دراسات تناولت سمات المدمنين الاجتماعية

تعرض فى هذا الفصل الدراسات والأبحاث السابقة فى مجال إدمان المخدرات، سوا ، كانت هذه الدراسات عربية أو أجنبية. وهذه الدراسات ليست وفيرة خاصسة الدراسات العربية ذلك أن الدراسات فى مجال الإدمان على المخدرات مازال البحث فيها قاصراً وخاصة من الناحية النفسية، وهذا كان من الدوافع الهامة فى تناول ظاهرة الإدمان على المخدرات بالبحث والدراسة وذلك فى محاولة لاستيضاح الرؤية، وتناول ظاهرة تعتبر من أخطر الظواهر التى تؤثر على الأفراد والمجتمع على السوا ، وتعوق تقدم المجتمع على السوا ، وتعوق تقدم المجتمعات.

وسوف نعرض بعض هذه الدراسات في محاولة للوقوف على الجهود المبذولة في دراسة هذه الظاهرة والاستفادة من تلك الدراسات في توضيح مشكلة الدراسة الحالية، وطريقة معالجتها، والوسائل والادوات التي استخدمتها. فضلاً عن الافادة منها في تفسير نتائج الدراسة الحالية.

أولاً - الدراسات العربية :

وسنعرض فيما يلى لهذه الدراسات:

١ - دراسة سعد زغلول المغربي (١٩٦٠).

٢ -دراسة المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية (١٩٨٢:١٩٥٧).

٣ - دراسة د.مصطفى زيور (١٩٦٣).

٤ - دراسة د.حسن الساعاتي (١٩٦٣).

٥ - دراسة سعد زغلول المغربي (١٩٦٦).

۲ – دراسة سويف (۱۹۷۱).

٧ - دراسة سريف (١٩٧٤).

٨ -دراسة السكرتارية العامة للهيئة الدولية للشرطة الجنائية (١٩٧٠).

- ۹ دراسة حتورة (۱۹۷۱).
- ١٠ دراسة يحيى الرخاوي (١٩٧٠).
- ۱۱ دراسة محمد رشاد سيد كفافي (۱۹۷۳).
 - ۱۲ دراسة د. فاروق عبد السلام (۱۹۸۰).
 - ۱۳ دراسة محمد رمضان محمد (۱۹۸۲).
 - ١ دراسة سعد المفريي (١٩٦٠) :

وموضوعها «تعاطى الحشيش دراسة نفسية اجتماعية».

عدف الدراسة :

- وكانت أهداف الدراسة كما وضعها الباحث هي:
- هل الحشيش مشكلة عامة أم خاصة، هل هي ظاهرة فردية مرضية وغير طبيعية أم ظاهرة تخص مجموعة قليلة من الأفراد ؟
 - ما هي ضرورة التعرف على آثار تفاطى الحشيش الجسمية؟
 - ما هي المظاهر الاكلينيكية المترتبة على تعاطى الحشيش؟
 - ما هي السمات الميزة لتعاطى الحشيش؟
 - ما هي علاقة الحشيش بالعلاقات الجنسية؟
 - « قروض الدراسة :
 - وقد صاغ الباحث فروض الدراسة كالآتي:
- ١ تعاطى الخشيش ظاهرة عامة منتشرة بين أغلب فشات الشعب وقطاعاته وبخاصة طبقاته العاملة (المهنية).
 - ٢ تعاطى الحشيش لا يرتبط بالجرعة إرتباط العلة بالمعلول.
 - ٣ الحشيش يؤدي إلى ضعف الإنتاج وتدهوره.

٤-الحشيش قد يثير الرغبة الجنسية ولكنه يؤدي إلى الضعف الجنسى في النهاية.

٥ - يتسم متعاطى الحشيش بالغفلة والبلادة.

٦ - أسباب ودوافع تعاطى الحشيش أسباب ناتجة عن ظروف الفرد
 الاجتماعية النابعة من البيئة التي يعيش فيها والمجال الذي يتحرك فيه.

عيئة الدراسة :

قسم الباحث عينة بحثه إلى ثلاث مجموعات:

(أ) عينة المجتمع العام، وقد اختار أفرادها من القطاعات المهنية المختلفة إختياراً عرضياً، وكان الباحث يطبق أدواته على من يتطوع من القطاعات المهنية المختلفة بغض النظر عما إذا كان متعاطياً أو غير متعاط، وأمكنه كذلك التعرف على مجموعة ضابطة عن لم يتعاطوا المخدر.

(ب) متعاطون خارج السجن.

(ج) متعاطون مسجونون، وقد تم اختيار هذه العينة عشوائياً وهم مجموعة من المتعاطين الذين تم ضبطهم بواسطة البوليس إما محرزين للمخدر أو في حالة تعاطى فعلاً.

الجموعة الضابطة :

١٨ فرداً من القطاعات المهنية المختلفة، لم يسبق لهم التعاطى.

أدرات الدراسة :

اختبار المينسوتا المتعدد الأوجمه لقياس الشخصية. وقد قام الباحث بتطبيق هذا الاختبار على عينة من المتعاطين وقوامها ٤١ حالة نامن المتعاطين.

٢ - اختبار الرورشاخ طبق هذا الاختبار على عينة قوامها ٢٥ فردأ.

٣ - دراسة تاريخ الحالة، طبق هذا الاسلوب على عينية قوامها ٤١

فرداً وذلك للوصول إلى وصف للسمات الشخصية والظروف الاجتماعية للمتعاطى.

ع-طبق اختبار شطب الحروف لكربلين لقياس التعب على ١٠ حالات:
 قبل التعاطى وبعده.

ه - اختبار المقاطع التي لا معنى لها لقياس التذكر المباشر على ١٠
 حالات قبل التعاطى وبعده.

٦ - اختبار التآزر العضلى العصبى قبل التعاطى وبعده.

٧ - اختبار التركيز والانتباه على ١٠ حالات بعد التعاطى وقبله.

٨ - اختبار القابلية للاستهواء على ١٠ حالات بعد التعاطى وقبله.

 ٩ - ثم قام الباحث بعاونة أحد أصدقائه من الأطباء لفحص ثلاث حالات من التعاطين فحصاً طبياً من حيث قياس درجة الحرارة والنيض والضغط وسرعة التنفس وذلك قبل التعاطى وبعده بقصد التعرف على الآثار الجسمية المباشرة لتعاطى الحشيش.

نتائج البحث :

وقد استخلص الباحث من دراسته النتائج التالية:

 أن الأصل في إدمان المخدرات عامة يرجع إلى التركيب النفسى المرضى الذي يحدث حالة من الاستعداد للإدمان.

٢ - أن الحيساة والنظام الجنسى عند المدمنين على درجة كبيرة من الاضطراب وخاصة فيما يتعلق بالجنسية الطفلية وعقدة أوديب وصراعات الاستنما ، وتنتهى هذه الحالة المضطربة عند المدمنين بتكوين ليبيدو ،ويبدو في شكل طاقة توترية شبقة لا شكل لها أي بدون سمات ثابتة أو أشكال معينة.

٣ - بالنمبة للحاجة إلى الاشباع وهي الأساس الأول في اضطرابهم

فهى ترجع إلى الاشباع القمى أو الجلدي وهى مناطق إشباع جنسية كاملة في المرحلة القمية.

 3 - أما عن الحاجة إلى الشعور بالأمن واعتبار الذات فإنهما يرجعان أيضاً إلى اضطراب النمو في المرحلة الفمية وما تتضمنه من إشباع الحاجة إلى الطعام والدفء والحب.

٥ - ويري الباحث أن المخدر بالنسبة للمتعاطى هو البديل عن الاشباع الفمى المضطرب في الطفولة الأولى المبكرة لأنه يعطى الشعور باللذة والمرح والراحة التي كان من المفروض أن يحصل عليها المتعاطى في تلك المرحلة المبكرة ، والمتعاطى بتعاطيه المخدر يقوم بعملية نكوص شديدة لتلك المحلة الطفلية.

 الجنسية الأولى في بداية المرحلة الفمية عند متعاطى المحدرات فكانت دائماً غير مستقرة ومضطربة ومختلطة بين جميع أنواع الصراعات ورغبات ما قبل الجنسية.

 وهناك عامل التقدير الشديد للذات والذي يتفق وجوده مع الاشباع الشبقي في حالة المرح الزائد الناتج عن التخدير (١١).

٢ - دراسة المركز القومس للبحوث الاجتماعية والجنائية من سنة
 ١٩٥٧ - ١٩٥٧) :

موضوعها: «دراسة تعاطى الحشيش في مصر (١٩٥٧ – ١٩٨٢)». الهدف من الدراسة :

بدأت الهيئة العلمية لهذا البحث بتبيين ضرورة إجرائه ودواعى الحاجة إليه، حيث أنضح لها أن هذه الحاجة تشمل جانبين، الأول هو جانب الحاجة القومية، والثاني هو جانب الحاجة العلمية.

 ⁽١) معد زغلول المغربي،١٩٦٣، تعاطي الحشيش - دراسة نفسية اجتماعية - القاهرة:
 دار المعارف.

فيما يختص بالحاجة القومية، فقد تبين للهيئة أن تعاطى الحشيش ظاهرة تبدو متفشية بين طبقات المجتمع المصري، ويعتبر جريمة لها أثرها الخطير على الأفراد والجماعات وأن الدلائل كثيرة على إنتشاره إنتشاراً واسعاً بين فئات هذا المجتمع وعلى أن المشرع ينزداد إهتمامه بهذا الموضوع وتزداد مخاوفه من آثاره وانعكس ذلك في إتجاه نحو تشديد العقوية واطراد هذا التشديد.

فضلاً عن ذلك كان هناك ما يشير (فى ذلك الوقت) إلى أن كمية الحشيش المضيطة تصل إلى ما يزيد (١٤) مثلاً على كمية الأفيون، مما يستدل معه على أن مشكلة تعاطى الحشيش فى المجتمع المصري تفوق فى أهميتها مشكلة تعاطى المخدرات الأخري، وسن ثم كانت ضرورة التصدى لدراستها دراسة علمية دقيقة.

من ناحية أخري كشف عن الحاجة العلمية لإجراء هذه الدراسة ما أشارت إليه بحوث كثيرة في ذلك الوقت أيضاً من الحاجة الماسة على النطاق العالمي، إلى إجراء بحث علمي شامل في موضوع تعاطى الخشيش: العوامل المؤدية إليه والآثار المترتبة عليه، ومن أن المعلومات الفارماكولوچية عن العنصر الفعال في الحشيش ضئيلة جداً، وما أشارت إليه بعض البحوث الأخري من الحاجة الملحة لإجراء بحبوث في الآثار المزمنة (أو طويلة المدي) لتعاطى الحشيش، وما أوضحته من أن طبيعة تأثير الحشيش على الجهاز العصبي لا تزال مجهولة. من ذلك كلم تبين للهيئة أن موضوع الحشيش لا يزال بحاجة إلى جهود الباحثين، فضلاً عن دلائل أخري على هذه الحقيقة من أهمها التضارب بين الآراء والاستنتاجات الواردة في عدد من المؤلفات حول الحشيش بعضها يهون من تأثيره والبعض الآخر يشير إلى الخطر البالغ المترتب على تعاطيه.

من ناحبة أخري كانت هناك الضآلة النسبية لحجم البحوث التى عنيت بهذه المشكلة على النطاق العالمي (حوالي ست بحوث في السنوات العشر

من ١٩٥٠ - ١٩٥٩) وفي هذه البحوث أيضاً من المآخذ المنهجية ما أدي إلى تضارب الآراء أو ضآلة المعلومات الثابتة حول الكثير من جوانب هذا الموضوع ومن هذه المآخذ ضآلة أحجام عينات المتعاطين موضوع الفحص، وعدم قيام معظم هذه البحوث، على استخدام عينات ضابطة، ثم إفتقارها جميعاً إلى عنصر التقنين لأدوات البحث وتهاونها في اتخاذ عدد من الاحتياطات المنهجية الأخرى في إجراءات البحث أو عدم النس عليه بوضوح فيما نشر عنه، أما خلاصة ذلك كلم فتأكيد الحاجة الماسة أمام الهيئة إلى إجراء بحث علمى شامل في موضوع تعاطى الحشيش، وتحديد المطالب التي ينبغى أن يوفرها هذا البحث العلمى، سواء من ناحية الموضوعات التي ينبغى للهيئة أن تنظر من ناحية الموضوعات التي ينبغى للهيئة أن تنظر فيها أو تكشف عن حقيقتها.

غديد المشكلة :

بعد ذلك حددت هيئة البحث نطاق المشكلة موضوع اهتمامها، فقررت أن تقصر بحثها على الحشيش دون غيره من المخدرات، وعلى التعاطى دون الأنجار أو التوزيع وعلى المتعاطين الذكور دون الإناث، وفي نطاق المدن والريف وفي الصحراء، وقد مكن ذلك هيئة البحث من بلورة هدفها الرئيسي من هذه الدراسة في أنه «الكشف عن العوامل المؤدية – بشكل مباشر أو غير مباشر –إلى تعاطى بعض الذكور المصرين للحشيش والآثار المترتبة على هذا التعاطى بالنسبة للفرد والمجتمع على السواء». وينطوي هذا الهدف الرئيسي على عدد من الأسئلة الهامية، كان على البحث محاولة الإجابة عنها وأمثلة لها:

 ■ ما يتصل بطبيعة الظروف الاجتماعية التي تحيط بالفرد عندما يبدأ تعاطى الحشيش والدوافع التي تدفعه لأن يستجيب لهذه الظروف بأن يتعاطى.

مرحلة العمر التي يبدأ عندها معظم المتعاطين.

أسباب استمرار البعض فى التعاطى حتى يصبح تعاطباً منتظماً،
 وانقطاع البعض الآخر عن التعاطى وقد لا يعود إلى هذه الخبرة إطلاقاً.

■ نوع التأثير المباشر الذي يقع على متعاطى الحشيش، والتغير الذي يكن أن يحدثه فى حالته الوجدانية، ومزاجه العام، ونشاطه الحسى، ووظائفه العقلية العليا، وقدرته على حل المشكلات التى تعترض طريقه فى حياته اليومية.

معرفة ما إذا كانت هناك آثار دائمة أو مزمنة لتعاطى الحشيش،
 وما إذا كان ذلك ينتهى بمتعاطيه إلى الإدمان.

مدي تأثير الحشيش على انتاجية الشخص سواء كان عمله يدوياً أو
 فكرياً.

■التحقق من صحة عدد من الأفكار الشائعة في المجتمع عن الحشيش سواء من ناحية تأثيره على النشاط الجنسي، أو تنشيطه للقدرة على التفكير الابتكاري أو غير ذلك من الأفكار الشائعة.

 ■ معرفة ما إذا كانت آثار التعاطى (أيا كان نرعها أو إتجاهها) ترجع إلى التأثير الفارماكولوچى للحشيش أم إلى نوع من الايحاء الذاتى، نتيجة معتقدات اجتماعية سائدة.

كل ذلك كان يمثل عينة محدودة من عدد كبير من الأسئلة، كان على هيئة البحث تناولها ومحاولة الاجابة عليها اجابة علمية دقيقة.

خطوات البحث:

أولاً - القيام ببحث مسحى عل عينة من المتعاطين تتألف من حوالى خمسة آلاف متعاط وتسمى هذه العينة بالعينة التجريبية.

ثانياً - القيام ببحث على عينة من غير المتعاطين، تسمى بالعينة الضابطة على أن تكون بالحجم الملائم وإن لم يكن محاثلاً لحجم العينة التجربية.

ثالثاً - القيام بدراسة تجريبية متعمقة على عينة تتألف من حوالى خمسمائة متعاط عن يقبلون متطوعين أن تجري عليهم هذه الدراسة. وابعاً - دراسة تجريبية متعمقة على عينة ضابطة.

وواضح أن هناك اعتبارات منهجية اكاديمية في تحديد معالم هذه الخطة كما قررتها الهيئة في بدء اهتمامتها بالمشكلة في نوفمبر ١٩٥٧، ومنها ترتيب الدراسة المسحية أولاً، ثم الدراسة المتعمقة بعد ذلك، وهو ما قليمه الطبيعة المنهجية في كل من الدراسة التجريبية... الخ. ولكن كانت هناك الدراسة المسحية في ترشيد الدراسة التجريبية... الخ. ولكن كانت هناك اعتبارات أخري رؤي معها أن تبدأ الهيئة عملها بإعداد الادوات التي سوف تستخدمها في جمع ملاحظتها وبياناتها، وأن تمتحن هذه الادوات لتعرف مدي صلاحيتها للقيام بهمتها في ظل الظروف المحيطة بالبحت ثم تبدأ الهبئة على نطاق ضيق للإسترشاد بها في التحقق من نقطتين

الأولى: التأكد من سلامة الطريق الذي اختارته لمواجهة المشكلة ... و إذا كان ينبى وبالوصول إلى حقائق هامة تنعلق بموصوع المه فنتعد التنفيذ خطة الدراسة الأصلية وهي على درجة لا بأس بهم من خير الو أن بعض جوانب الخطة تتطلب الحذف أو التعدسل فنجري هذا المنف التعديل قبل التورط في الدراسة الأصلية الشاملة.

النقطة الثانية :

تعرف الهيئة على طبيعة العقبات التي سوف تصدفها أثناء جمد للاحظتها وبياناتها وأثناء تحليلها لها، وكيف تستحد لملاقاتها. السم أنه أمام هذه الاعتبارات جميعاً، قررت هيئة البحث أن نوجه عنايته أما إلى الدراسات التمهيدية، مبتدئة باعداد أداة البحث الرئيسية، وتديب الاخصائيين على تطبيقها، ثم الاختبار التجريبي لمينتوي كفائته بي تحصيل معلومات يكن الاعتماد عليها والثقة في صحتها.

وهنا يستحق الأمر وقفة متأنِية، تتاح لنا فيها نظرة شاملة للمسار الفعلى الذي قطعه هذا البحث الكبير، وخطة سيره كما تحققت واقعياً، فنجد أنه قد مر بثلاث مراحل متمايزة من العمل العلمي:

المرحلة الأولى :

وتمتد من نوفمبر ١٩٥٧ - إلي سبتمبر ١٩٦٠ وتضمنت توفر الهيئة على اعداد وتقنين الاستبار، الأداة الرئيسية للبحث.

المرحلة الثانية :

وغّتد من سبتمبر ١٩٦٠ إلى سبتمبر ١٩٦٧ وفيها تم إجراء الدراسة الاستطلاعية على أربع عينات من المفحوصين:

١-مجموعة من المتعاطين للحشيش بالقاهرة، قوامها ٢٠٤ من المعوصين.
 ٢ - مجموعة من غير المتعاطين بالقاهرة، قوامها ١١٥ شخصاً.

٣ - محموعة من المتعاطين للحشيش محن يقيمون بالمناطق شبه
 الحضرية والريغية بالصعيد، قوامها ٤٥ متعاطياً.

٤ - مجموعة من غير المتعاطين بنفس المناطق بصعيد مصر، قوامها
 ٤٠ شخصاً.

المرحلة الثالثة والأخيرة :

(وتمتد من يونيو ١٩٦٥ إلى نهاية ١٩٧٥)وفيها تم إعداد أدوات جديدة للبحث وأجريت الدراسة الرئيسية على مجموعة كبيرة من المتعاطين للحشيش (١٥٥)متعاطياً وتقابلها مجموعة ضابطة من غير المتعاطين (١٩٥ شخصاً) وجميعهم من الموجودين في السجون المصرية في فترة إجراء الدراسة.

ويحتاج الأمر إلى عرض موجز لما قامت به كل من هيئتس البحث في كل مرحلة من المراحل الثلاث وما حققتمه كل منها في كمل مرحلة من الاهداف.

المرحلة الأولى : اختيار واعداد الرسائل الملاتمة للدراسة :

فى هذه المرحلة استقر رأي الهيئة على اختيار (الاستبار) أداة رئيسية للبحث بوصفه أكثر الوسائل ملاءمة للبدد، حيث كان متوقعاً أن تصل الهيئة من خلاله، وعبر عدد من التقارير اللفظية للمفحوصين، إلى وصف ما يمكن قياسه من آثار المخدر (سواء كانت مباشرة أو تراكمت مع الزمن) على عدد من الوظائف النفسية الهامة، بحيث تكون في وضع يسمح لها يعد ذلك باستخدام مجموعة من الاختبارات النفسية الموضوعية المناسبة كنوع من أدوات إقامة الدليل أو البرهنة على صدق هذه التقارير اللفظية التي يتم الحصول عليها بواسطة الاستبار.

- وقد مر تكوين الاستبار بعدد من الخطوات نجملها فيما يأتي:
 - (أ) تكوين الاستبار المبدئي غير المقان. ·
 - إ (ب) تقنينه.
 - (ج) تدريب الباحثين الميدانيين (المستبرين) على تطبيقه.
 - (د) دراسة ثباته.
 - (هـ) دراسة صدقه.
 - وقد تم تكوين استمارة الاستبار شاملة للجوانب التالية:
- التقديد الشخصى للمفحوص فى مدي انتشار الحشيش بين القطاعات المختلفة فى المجتمع.
 - ٢ خبرة التعاطى للحشيش كما يعيشها المفحوص.
 - ٣ الحالة الجسمية والمظهر العام للمتعاطى.
 - ٤ العمليات العقلية والادراكية لدى المفحوص.
 - ٥ السمات الوجدانية والشخصية.
- ٦ سلوك المتعاطى في السياق الاجتماعي المحيط به(الأسرة، العمل والصداقة...الخ).

- ٧ السلوك الجنسى للمتعاطى
- ٨ صورة الذات لذي المتعاطى وما بتصل بها من أبعاد.
- ٩ راي المتعاطى من التشديد المتزايد للعقوسة فسى التشريعات
 القانونية والصادرة حول تعاطى المخدرات.
- ١ تأثير الحشيش على عدد من الوظائف البيولوچية، كالشهية للطعام والشراب والميل إلى النشاط بوجه عام.
 - ١١ الآثار التراكمية نتيجة للتعاطى طويل المدى للحشيش.
 - ١٢ غط الغلاقات داخل أسرة المتعاطى في طفولته وصباه.
 - ١٣ تاريخ التعاطي في العائلة.
 - ١٤ غمط العلاقات داخل الأسرة الزوجية للمتعاطى.
 - ١٥ ظروف عمل المتعاطي.
 - ١٦ ~ الأنشطة:الترويحية للمتعاطى في أوقات الفراغ.
 - ١٧٠ وصف جلسة تعاطى الحشيش،

٩٨ - البيانات الشخصية عن المتعاطى (وتشمل مستوي تعليمه وأقراد أسرته، طالته اللنية، مهنته، حالته الاقتصادية، ظروف سكنه، طلته الصحة العامة).

ويلاحظ أن هذه الأجزاء عا تشمله من نفياط تفصيلية (حوالي ثمانين نقطة وردت في التقرير الأولى والتي استقرت الهيئة على تضمينها استمارة الاستبار محتوي على عدد من الأسئلة يزيد على ثلاثة أمشال عذه النقاط، وذلك لأسباب متعددة منها أن كثيراً من هذه المثقاط عرملت على أنها رؤوس فرضوعات يلزم تقسيم مضمونها على عدد من الأسئلة . ومنها أيضا اضطرار الهيئة لتكرار عدد من الأسئلة كوسيلة للتأكد من سلامة الاتجاء النفسي في موقف الاستبار، ومنها كذلك إضافة بعض

الأسئلة التي تتعلق بفشات خاصة من الجيبين ولا تنطبق على جميع أفراد العينة (١١).

الدراسة الاستطلاعية :

تقرر أن تبدأ هذه المرخلة فور الانتهاء من تكوين الاستبار، وأن يتم فيها إجراء سلسلة من الدراسات الاستطلاعية تستهدف في الأساس الوصول إلى معلومات تفيد التطبيق القريب، وتعين المسئولين عن انتهاج السياسة الملائمة لمواجهة مشكلة اجتماعية خطيرة كمشكلة تعاطى المخدرات، وقد أجريت هذه الدراسات (باستخدام الاستبار فقط) على أربع مجموعات من المفحوصن:

الأولى: مجموعة تجريبية قوامها ٢٠٤ من متعاطى الحشيش الذكور، تتحراوح أعمارهم بين أقل من ٢٠ إلى ٥٢ من متعاطى الحشيف بتداوح أعمارهم بين أقل من ٢٠ إلى ٥٢ سنة، من يقيمون بشكل دائم بدينة القاهرة ثلثهم من الاميين، والبقية تمثل مستويات تعليمية مختلفة بدءاً من الالم بالقراءة والكتابة إلى التعليم الجامعي.

الثانية: مجموعة ضابطة مقابلة للمجموعة الأولى تتكون من ١١٥ شخصاً من الذكور غير المتعاطين للحشيش أو أية مخدرات أخري تتراوح أعمارهم بين أقبل من ٢٠، وأكثر من ٥٠ سنة ويتفاوت مستوي تعليمهم بين الأمية الكاملة والتعليم الجامعي.

الثالثة: مجموعة تجريبية تشمل ٤٥ متعاطياً للحشيش عن يقيمون في المناطق شبه الحضرية والريفية بصعيد مصر، من نفس مدي العمر في المجموعات السابقة تقريباً والمستويات التعليمية المشار إليها.

الرابعة: مجموعة ضابطة قوامها ٤٠ شخصاً من غير المتعاطين

 ⁽١) المركز القومي للبحوث الاجتساعية والجنائبية، ١٩٦٠، تعاطي المشيش في الاقليم.
 الجنوبي - التقرير الأول - القاهرة: منشورات المركز.

ومشابهة للمجموعة السابقة من حيث الاقامة في المناطق شبب الخضيينة ، وللريفيّة بالصعيد، ومن حيث مليي العير ومستويات التعليم المختلفة.

أَلْمَا مِمَا كَتُقَفِّتَ عَفِهِ هُذَهِ للبراسلاتِ مِن نَطَاتُعِ فَيَتُسْمِلُ رِفَقِوْ مَعِنَ المُطلِوطَاتِ ا الهالمة عن الظاهرة واللج النبا المُخلِقة الرِقبِطَة بها.

الليراسنة اللينيسينة ::

باللسببتالهذه اللبيستا للتي تقلل خاتفتا المطافخ في هناه البدشا الكبير، كان دالله فيا المخصى بصبح الدينة - العبار الزار راستهما هيئتا البدش

الأولان: أنّه بينغني أن يكون كبيراً ببيرجة تسمح بنورصة العميم السلبق للمقائق التي يمكن بالخفها عن الطاموة.

الافتبار اللائني: أن يسمح (فقا الفهم الكبير للفينات) بالتقسينات اللغيز التقالين إلاكتفاف الروابط اللغيز وريقالت المحالية التحالية الأحمالية الأخراطي إلاكتفاف الروابط والمختلف الروابط المختلة المكتفيرية المغيرات اللفيينة الاجتماعية ويون بحض الله المالة بعطاطى اللفيينة.

بالإنضافة إلى نظاف تحقق تباله فاه اللواسة موية رئيسية الم تتوفق و السابقاتها، على إيضال مجروعة من الاختبار استميزة رئيسية الاطائية (ففضا الأسلبقاتها، على إيضال مجروعة من الاختبار التا اللفية الاطائية (ففضا الأسلبة المحاطلية نا (ففضا الأسلبة المحاطلية نا (ففضا الأسلبة المحاطلية المحروبية المحروبية المحروبة ا

١١ – أأن: تنداله ينتم علومات كبينة عن جرانب محسفة من الطوك

النفسى الحرجي، نسمح بعقد المقارنات بين الفثات المحتلفة من المتعاطين للحشيش، إلى جانب المقارنة، بين هؤلاء وبين غير المتعاطين.

٢ - استخدام نتائج هذه الاختبارات كمحك خارجى لصدق عدد من
 الاحكام الشائعة بشكل عام على أنها أوصاف دقيقة للسلموك الفعلى
 لمتعاطى الحشيش.

٣ - يمكن الهيشة من اكتشاف المجال حول مدي الاتفاق بين أداء المتعاطين على الاختبارات، وبين تقريرهم عن أنفسهم من جوانب السلوك المشابهة لما تقيسه الاختبارات النفسية الأدانية. من ناحية ثانية فقد روعيت من جانب الهيئة مجموعة من الاعتبارات في اختبارها لهذه الاختبارات من أهمها:

 ١ - أن تغطى مدي عريضاً نسبياً من الوظائف النفسية، المعرفية والحركية وغيرها.

 ل تكون قابلة للاستخدام فى الحضارات المختلفة دون تحيز لحضارة معينة، وذلك حتى يكون محكناً عقد المقارنات فى المستقبل بين الباحثين المختلفين، وغير البيئات الحضارية المختلفة.

٣ - أن تكون إجراءات تقديها من البساطة والوضوح بحيث يسهل فهمها وأداؤها بالنسبة لكل المفحوصين من المستويات التعليمية المختلفة.

غ - أن تستغرق وقتاً قصيراً فى تقديمها من جانب الباحث، وفى أدائها من جانب المفحوص بدرجة تسمح باكمال ما هو مطلوب فى عملية الاختبار، والاستبار أيضاً فى الوقت المقرر وفى نفس الجلسة.

٥ - يتم الاجراء في حجرة خاصة قد تم تجهيزها في السجون المصرية.
 عيئات المفحوصين في الدراسة الرئيسية :

أجريت التطبيقات المختلفة للاستبار والاختبارات الموضوعية على مجموعتين من الفحوصين داخل مختلف سجون القطر المصرى، بالوجهين البحري والقبلى، (المجموعة الأولى – العينة التجريبية) قوامها ٨٥٠ من الأفراد المحكوم عليهم في جرائم تعاطى الحشيش، عن قرروا أنهم كانوا يتعاطون الحشيش مرة واحدة على الأقل في الشهر، طوال السنة السابقة على سجنهم مباشرة. أما المجموعة الثانية (العينة الضابطة) فتتكون من عمل شخصاً من غير المتعاطبين عن قرروا أنه ليس لديهم أية خبرة في تعاطى الحشيش أو أية مادة مخدرة أخري، وتم اختيارهم في هذا الموقف من كمل المسجونين الذين يقضون مدة العقوبة لجرائم غير التعاطى أو الاتجار في المخدرات، واستبعد منهم أيضاً المسجونون بجرائم السرقة البسيطة، لسبب أن عدداً كبيراً منهم – كما تشير سجلاتهم – يقضون مددأ بسيطة خارج السجن وسرعان ما يعودون إليه، وهذا الظرف بكل ما لم من دلالات نفسية واجتماعية يمكن أن يتدخل بشكل خطير عند مقارنتهم بالمجموعة التجربية.

ويكشف الجدول رقم (٥) مدي التكافئ بين المجموعتين في عدد من المتغيرات الهامة.

والواضع أن هناك بعض الفروق بين المجموعتين في عدد من المتغيرات، لكن هذه الفروق يمكن أن تتلاشى عند إجراء التقسيمات الفرعية لكل من المينتين لعقد المقارنات الضرورية بينهما ،وهذا ما تحقق بالفعل في مرحلة التحليل للنتائج، والتصدى لتفسيرها بعد ذلك(١).

⁽١) الثركز القرمي للبحوث الاجتماعية والجنائية ١٩٨٧، يحوث في المخدرات من عام ١٩٥٧ – ١٩٨٠. القافرة: منشورات الركز.

جدول رقم (٥) يرضع المتغيرات المختلفة لعينتي البحث التجريبية والضابطة

المجموعة الضابطة	الجموعة التجريبية	المتغيرات
ن= ۲۲۸	ن= ۱۵۸	
من ١٥ سنة إلىي		العمر: المدي
ما فوق ٥٠ بقليل	ما فوق ٥٠ بقليل	
۳۳ (۷۵ر۹ سنة)	۳۹ (۵ر-۱ سنة)	المتوسط
/.01 A.	//ነ-	التعليم: أمى
۵۷ر۳۸٪	۳۸ر۳۹٪	يقرأ وبكتب ما قبل الثانوية العامة
۳۱ره ٪	۷۲٫٪	ثانوية عامة
۹۰ر۱٪		مؤهل جامعى
٤ر٨٥٪	7,44	الحالة الاجتماعية: متزوج
//٣٦/٩	7,41	أعزب
7,57	7,3	مطلق '
//\/\	7.1	أرمل .
١ر٤٥٪	7.02	الريف والحشر: يقيمون بالحضر قبل السجن
1,2034	1/27	يقيمون بالريف قبل السجن
7.42	%Y0	العمل: عاملون في مهن تحتاج لمهارة
. //٧٤	%V0	عاملون في مهن لا تحتاج لمهارة

نتائج الدراسة :

وكانت من أهم النتائج التي توصلت إليها هيشة البحث في المركنز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ما يلي:

(أ) الاسباب التي تؤدي إلى تعاطى الحشيش:

- مجاراة الاصحاب.
 - حب الاستطلاع.

- إظهار الرجولة.
 - و التقليد
- الحصول على متعة جنسية.

(ب) الاسباب التي تؤدى إلى إدمان الأفيون:

- تحمل مشاق العمل.
 - الفرفشة.
 - اللذة الجنسية.
- (ج) تزداد مرات التعاطى مع تزايد الظروف الاجتماعية السيئة.
 - (د) تزداد مرات التعطى مع زيادة دخل الفرد.
- (ه) تزداد مسرات التعاطى مع تزايد عدد ساعات العمل اليومى للمتعاطى.
 - (و) يزداد تعاطى الحشيش عند العمال أكثر منه عند أي طبقة أخري.
- (ز) يزداد تعاطى الحشيش مع زيادة المشكلات الأسرية بين والدي المتعاطى وكذلك مشكلاته مع أسرته الخاصة به هو (الزوجة والاولاد) (١).
 - » الآثار النفسية الاجتماعية المباشرة للتعاطى :

تقوم بيانات هذا الجزء على سؤال المتعاطين عن تأثير الحشيش على عدد من العمليات والنتائج الاجتماعية. وكان أسلوب البحث في هذه النقطة هو سؤال المتعاطين عن حالة بعض العمليات في ظروف أربعة:

• في حالة الخرمان.

المركز القومي للبحوث الاجتماعية، ١٩٩٤، نتائج المسع الاستطلاعي في مدينة القاهرة - التقرير الثاني - القاهرة، منشورات المركز.

- في الحالة العادية.
- في حالة التخدير.
- وبعد الافاقة من أثر التخدير.
- وسنعرض لأهم النتائج في هذا الصدد.
- بالنسبة للوظائف الادراكية فيمكن تلغيص النتائع فيما يلى :

إن إدراك الفترات الزمنية يختل في إنجاه البسط، وإدراك السافة المكانية يختل في انجاه المكانية يختل في انجاه المكانية يختل في انجاه التضخيم ويزداد الايهام بالنسبة لادراك الخطوط. فالاختسلال في هذه الوظائف إذن وحيد الانجاه غالباً. إما فيما يتعلق بإدراك الالوان ووضوح الأصوات وأرتفاعها فهذه الاختلالات جميعاً مؤقتة بحيث تزول في اليوم التالى للتعاطى.

- اضطرابات في التذكر.
- ♦ اضطرابات فى التفكير تتمثل فى سرعة التنقل من فكرة إلى أخرى أثناء التخدير Flights of Ideas ، وعدم التركيز وعدم القدرة على حل المشكلات، ووفرة وسرعة توارد الافكار دون إتجاه محدد.

الجوانب الوجدانية :

أوضحت الدراسة أن المتعاطين يتميزون بعدد من السمات الشخصية منها: ميل إلى التحكم والسيطرة وإنجاه إلى التسرع والمعارضة ونفور من الاجتماع بالناس مع الشعور بالقلق. ا

أوضحت الدراسة أثر التعاطى على الانتاج بأنه غاية في الخطورة ذلك أن المتعاطى يؤدي إلى ضعف إنتاجية الفرد حيث أن عملية الانتاج ترتبط بالعمليات الادراكية والفكرية لدي الشخص وبذلك يمكن أن نفهم أن اختلال كم الانتاج وكيف الانتاج من تأثير المخدر على هذه العمليات والوظائف(١).

۳ - دراسة مصطفى زيور (۱۹۹۳) :

موضوعها: «تعاطى الحشيش كمشكلة نفسية».

وهى دراسة نظرية من أعسال الحلقة الثانية لمكاذمة الجريمة، ويقول الدكتور زيور أن المرحلة التي ينتمي إليها سلوك متعاطى المخدرات هي مرحلة مجاورة للمرحلة التي ينتمي إليها المرضى بذهان «الهوس مرحلة مجاورة للمرحلة التي ينتمي إليها المرضى بذهان «الهوس ألطلاق أخيلة هازلة لما تحفل به من مفارقات مؤدية إلى قهقهة خاصة تفرغ شحنات عظيمة من التوتر تفضى إلى «فرفشة» من نوع فريد، والدليل على ذلك أن الكثير من مدمني الأفيون يتعاطون الحشيش أيضاً بالأفيون أنهم يستشعرون «خرمان الحشيش» وهم في حالة من التخدير بالأفيون أساساً، لاستبعاد أثار «خرمان» الافيون المؤلمة جسمياً ونفسياً، والتالى لاستعادة النشاط ولالتماس القدرة على إحتمال المشقة، أما الحشيش فهم يتناولونه للحصول على تلك «الفرفشة».

إن التخدير بالحشيش ينفره بخفض السكر في الدم فيشير الجوع ولا سيما إلى المواد السكرية نما يعزز النكوص إلى العشقية الفمية المميز لمالات التخدير ويقول الدكتور مصطفى زيور في دراسته أن المرح في الإدمان إنما هو ضرب من الهوس Hipomania الصناعي، وهذا يعني أن مرح الإدمان إنما هو ميكانيزم دفاعي للتغلب على الاكتشاب، والخلاص منه كما يحدث تلقائياً لدي بعض المرضى (بالهوس والاكتئاب). وتحدث

 ⁽١) المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ١٩٩٠، تعاطي الحشيش في الاقليم الجنوبي - التقرر الأول - القاهرة: مسئورات المركز.

الدكتور عن سيكولوچية المرح بوصفها محور سيكولوچية متعاطى الخشيش وأوضح أنه من خلال المقارنة بين الهوس والنوم أن الأساس الأول اللبيدي في كليهما هو العشقية الفية والاتحاد بثدي الأم.

ويرى الدكتور مصطفى زيور اتفاقاً مع بحث سعد زغلول المغربس أن شخصية متعاطى الحشيش قبل إلى الانطوائية، والاكتئابية، الانسحابية بدحات متفاوتة. أما أثناء التخدير فإن المتعاطى بحس مشاعر قوامها: ارتفاء تقدير الذات ارتفاعاً قد يصل إلى الجلال والسمو الفائق، وهذا يتضمن إنعدام كل شعور بالحطة أو العجز أو التوتر الناشيء عن تأنيب الضمير، كما يتضمن الاحساس بالخلود أو القدرة المطلقة على كل شيء والمتغلبة على كل متاعب الحياة الدنيا، ثم أن الشعور بأن الذات قد أصبحت مركز العالم، ولا تتحقق هذه السمات الوجدانية دائماً بأكملها بهذه الصورة لدى كل متعاط للحشيش، لكن هناك فروقاً فردية ترجع إلى تكوينات نفسية أو مزاجية متباينة من شأنها أن تدخل على صورة التخدير السابقة اختلاقات كثيرة، فقد تعترى بعض المتعاطين فترات من الهبلة واضطراب خطير مؤلم في الشعور بوحدة الكيان، وتخلخل صورة الجسم مما ينم عن اندلاع حال من انهيار وحدة الشخصية، أو قد تعتريهم فترات طريلة من الانقباض الاكتئابي عا يميز التكوين الاكتئاب, المستفحل، أرقد تساورهم إمارات التشكك وأفكار التلميح عما يميز التكوين البارانوي.ومن الواضع أن هذه الاختلافات ترجع إلى أنّ ضرورياً من الذهان والعصاب الفادح كانت كامنية وليم يقبو المخدر على إنكبار بواعثها بل زادها وضوحاً(^{(۱۱}).

٤ - دراسة حسن الساعاتي (١٩٦٣) :

موضوعها: «تعاطى الحشيش كمشكلة إجتماعية».

 ⁽١) مصطفى زيور. ١٩٩٢، تعاطي الحشيش مشكلة نفسية - من أعمال الحلقة الثانية
 لكافحة الجرية - القاهرة. المركز القومي للبحوث الاجتماعية والمجانلية. ص ص ٣٦ - ٣٩.

وقد تناولت هده الدراسه ظاهره تعاطى الحشيش فى مصر من الناحيتين الاجتماعية والثقافية.

والمقصود بدوافع تعاطى الحشيش تلك الدوافع الداخلية التبي تعتميل في نفس الفرد فتجعله يتعاطي الحشيش سواء كان التعاطي بانتظام أي بطريق الاعتباد، أم كان حسب المناسبات والظروف، وقد أوضح هذه الدوافع فيما يلى:

- تناسى الهموم واستجلاب السرور.
 - تحصيل لذة جنسية كبرى.
 - استشعار روح الجماعة المرحة.
- دوافع أخري خاصة، ويقصد بهذه الدوافع الخاصة، تلك الدوافع التى تجعل بعض أفراد فئة معينة من الناس، كالفنانين مثلاً يتعاطون الجشيش بقصد إجادة الفن، وهناك من يتعاطى الحشيش ليتحايل على النوم ويعالج بـه حالة أرق شديد، وهناك من يتعاطى ليتحرر من ملل عمله الرتيب الذي لا يحتاج إلى حذق كبير.

وأكد الدكتور حسن الساعاتى فى بعثه أن متعاطو الحشيش يعتقدون أنه يذكى العقل ويعدل المزاج ويفيد الجسم ويرهف الاحساس، ومن لا يتعاطى محروم من كل ذلك من وجهة نظرهم، كذلك يري متعاطو الحشيش أنه غير محرم بالمقارضة بالخسر، وهذا إعتقاد خاطى، لديهم يحللون به تعاطيهم للحشيش (١).

٥ - دراسة سعد المغربي ..:

موضوعها: «سيكولوچية تعاطى المخدرات» (١٩٦٦).

 ⁽١) حسن الساعاتي، ١٩٦٣، تعاطي الحشيش كمشكلة اجتماعية - من أعمال الحلقة الثانية لمكافحة الجرعة- القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. ص ٥٦ - ٧٤.

وقداً أقتصرت هناه اللواسعة على إدمنان الأفييون فقظ هون غيره ممين المخاولات.

عيناة اللراستة ::

كالنت عينقا المراسة كانفكر الباحث كالآتين

الله ينفقط مرقة على معمنى الأفهرين من المستويات اللغنيا من السلم الاجتماعية المنزيات المن السلم الاجتماعي المنزيات المنزيات من السلم الاجتماعي المنزيات المنزيات من المنزيات المنزيات

ع وكانت منذه المينة التجربيية وعدهم ٢٥٥ طالة طبق على عشرة منهم

عن عن الطائر وتشمل 100 حالة طبق على ١٠٠٠ منهم كل الاختبار التعاليات المتعلقة المتعلقة المتعاليات المتعلقة المت

دالرضح المُطْبَقِي للمُعِينَة فقد تقور اللِلمَثْ أَنْ ١٠٠٠/ رُمَّهُ طَالانت اللَّمْنَيْنُ فَي اللَّهِنَة الْعَجِرِيبَة نَيْتَصِرَنَ إِلَى الطُلِقَة اللَّمْنِيا، روفي طُلِقة المُطلَّم الفَّلاحِيْنَ، و وكَلَّلُكُ نَغِيرِ اللَّمَنِيْنَ يَنْتَصِرَنَ إِلَى مَنْدًا لطُلِقَة (أَيْنِ الْمِيْفَة الطَّنَالِطَة).

اللستبوي التعليسي عندا العينة تتواجي يغا الأمي والضعيف القواءة.
 واللكظمة ، وكان أتكرهم تعليماً طحل على شهلاة تمتوسطة.

أما اللحضح اللهني نفكانته العينة التجريبية كالأثني:

- صبي نجلور، ففاللج ففي الأرض، مسؤاري، صبي توزي، صبي حالات، باللغ خفنالور، صبي للبان، صبي بولد.

أما عن الوضع الهني للعينة الضلطة ففكان كلاتني:

صبى نجلر سبى بقلل صبى ميكلانيكى عناطل بمعلى خزدوالت، كللتب بمعلى صبى خلاق، بلغ غلاوزة صبى نجار مييللا، بلغج خفنار، طلانخ.

فروض الدراسة :

 ان إدمان المخدرات وبخاصة الأفيون هو عرض Symptom ونتيجة لاضطرابات عنيفة في الشخصية.

٢ - إن ظاهرة الإدمان عملية تكيفية وظيفية دينامية.

" ان هناك استعداداً تكوينياً معيناً يبدأ في مراحل النمو النفسى
 المبكر يؤدي إلى القابلية للإدمان.

- ٤ إن شخصية المدمن تتسم وتقوم على الخصائص الآتية:
 - (أ) ضعف الذات.
 - (ب) كف العدوان واضطراب التوحد والتعيين الذكري.
 - . (ج) السليبة واتخفاض مستوى الطموح.
- (د) التشاؤم وعدم الثقة بالسلطة والنظم الاجتماعية كموضوعات أو وسائل إشياء.

أدوات الدراسة :

وقد استخدم الباحث الادوات التالية:

- (أ) المقابلة الحرة التى أمدته بالتاريخ التطوري للحالة ونوع العلاقات الاسرية ويخاصة في المراحل المبكرة للطفولة.
 - (ب) إختبار الرورشاخ.
 - (ج) اختبار لمفهوم الذات والآخر (من وضع الباحث).
 - (د) استبيان مستوي الطموح.
 - (هـ) اختبار الاحباط المصور لروزنزفيج.
 - (و) تحليل الاحلام.

نتائج الدراسة :

أيدت الدراسة الفروض التي وضعها الباحث وانتهى إلى:

- سيكولوچية المدمن تقوم على محور واحد وهو كف العدوان وأن هذا الكف ينسحب على بقية نواحى الشخصية من ضعف الذات، وانخفاض اعتبارها والسلبية، وانخفاض مستوي الطموح واضطراب التوحد، والتعيين الذكري، والتشاؤم وعدم الثقة بالسلطة والنظم الاجتماعية (١١).

۲ - دراسة سويف (۱۹۹۷) :

وموضوعها: واستخدام الخشيش في مصري.

عينة الدراسة :

مجموعة تجريبية؛ وهي تضم جميع الذكور مالذين يتعاطيون الحشيش والذين تم اعتقالهم في سجون القاهرة في الفقرة ما بهن يونيسلا ١٩٣٨ ومارس ١٩٣٨ وكانت تتراوح أعمارهم ما بهن ٥ إلي لي ما فنوق ٥ فسنة بتوسط عمر قدره ٣ سنة نوكان عدد هذه المهنة ٥ همتعاطئ للحشيش.

. • الخالة المنتية :

٧٧٪ منهم متزوجين، ٢٧٪ عزاب، ٦٪ مطلقين، ٢٪ أوامل.

و الحالة التعليمية :

٦ فقط منهم استكملوا تعليمهم العالى.

- سالحالة المهنية :

 ٧٢٪ منهم عمال مهنرة والباقون يتمتعون يجهارة بادوجة وتوسطة أو معدلة.

 ⁽١) سعد زغلول المغربي: ١٩٩٩، مديكولوچية تعاطي المطنوات - رسالة دكيلوراه لغير
 منشورة اكلية الاداب - جامعة عن شيس

- بالنسبة للدخل:
- ٦٥٪ منهم يحصلون على ١٥ جنيهاً في الشهر.
 - المجموعة الضابطة :

تكونت من ٨٣٩ مفحوص من المسجونين الغير متعاطين للمخدر، تراوحت أعدارهم ما بين ١٥ - ٥٠ سنة بمتوسط قدره ٣٦٥ سنة.

الحالة الاجتماعية :

۸ر۵۵٪ منهم کانوا متزوجین، ۹ر۳۹٪ منهم عزاب، ۶ر۳ مطلقین. ۱ر۱٪ ارامل.

الحالة التعليمية :

٨ر٤٥ منهم غير متعلمين، أما الباقين فكانوا على درجة من التعليم لا بأس بها. ٤٤ من المفحوصين حصلوا على شهادات المدارس العليا، ٩ من المفحوصين حصلوا على شهادات جامعية.

الحالة المهنية :

٢٦/ لديهم مقدرة عالية في المهارات أما الباقين فقد كانوا يتراوحون بين المتوسط والعادى أو المعدم.

- بالنسبة للدخل:
- ٥٠/ منهم يحصلون على ١٥ دولار في الشهر.
 - أدرات الدراسة :
- المقابلة الشخصية للمجموعة التجريبية وتتضمن ٢٥٨ سؤال.
 - المقابلة الشخصية للمجموعة الضابطة وتتضمن ١٤٧ سؤال.
- خنبارات موضوعية للمسافة والدقة والحركة والذاكرة المباشرة والتآزر الحركى والتأزر البصري والتقدير للزمن والاطوال.

نتائج الدراسة :

أدلت معظم المجموعة أن سبب تعاطى الحشيش كالآتي:

- القدرة على مسايرة الجماعة.
- القدرة على التصرف كالرجال الحقيقين.
 - تقليد الآخرين.
 - حب الاستطلاع.
 - نسيان مشاكل الفرد الشخصية.
 - القضاء على الأرق والاكتئاب.
 - دواء ضد الكسل.
 - الحصول على المتعة الجنسية.
- وكذلك أكدت النتائج أن متعاطى الحشيش عيلون بدورهم إلى استخدام بعض المواد الفعالة التى لها أثر على الجهاز العصبى فهم عيلون إلى استخدام الكحوليات والقهوة.
 - إن تعاطى الحشيش له أثره على الجهاز العصبي.
- إن التأثير المباشر للحشيش يحدث اضطراباً في الإدراك بحيث تطول السافات وتختلف الاحجام وتهتز حدود الاشياء وتبدو الالوان أكثر نصوعاً.
 - يقل الانتاج أثناء تعاطى الحشيش وعند الرغبة في تناوله.
 - إن المدمنين شديدي الإدمان ممكن أن نطلق عليهم مرصى اجتماعيين.
- مدمني الحشيش لديهم سوابق إجرامية تكثر عن المجموعة الضابطة.
 - متعاطى الحشيش بطىء التعلم بالمقارنة بغير المتعاطين(١١).

Souief M.I., 1971, The Use of Cannabis (Hashish) In Egypt -A Behavioural Study - Bulletin on Narcotics, Vol XXIII No.4. PP 17 - 21.

۷ - دراسة سريف (۱۹۷۰) :

موضوعها «دراسة ايدلوچية الحشيش».

ويقصد بهسذا التعبير مجموع الاعتقادات التمى يرجح إنها توجه المتعاطين وتبرر لهم مواقفهم أو تصرفاتهم تجاه عدد من المسائل المتصلة بهذا المخدر.

فروض الدراسة :

- تفترض هذه الدراسة أن المربين والمعالجين والمشرعين، وكل أعضاء المؤسسات الاجتماعية المعنية بتعديل السلوك في مجال الاعتماد على المخدرات في حاجة إلى التعرف على الحقائق والمعلومات العلمية الدقيقة حول الآراء والقيم التى تحكم سلوك المتعاطين تجاه المسائل المتصلة بالمخدر، على أساس أن هذه المعلومات تساعد على التخطيط الأفضل لإجراءات أكثر فعالية.

نتائج الدراسة :

- إن المتعاطين للحشيش لا يرون أنفسهم بنفس الصدورة التي يراهم بها الأفراد غير المتعاطين، فيما يتصل بالقيم الدينية والميل إلى السلوك الإجرامي، حيث قرر معظم المجموعة التجريبية أن الحشيش غير محرم دينيا، وكذلك لا تري نفس المجموعة أن هناك علاقة أساسيسة بين اعتباد تعاطى الحشيش وبين الميل إلى الجرعة وإرتكابها بالفعل.
- إن المتعاطين للحشيش يبدون أكثر حرصاً عن غير المتعاطين على . إقصاء ابنائهم عن تعاطى المخدر.
- إن نسبة كبيرة من المتعاطين أوصت بإتخاذ إجراءات مشددة ضد جلب الحشيش والاتجار غير المشروع فيه، كما رأت النسبة الغالبة منهم أن توفير التسهيلات المكنة لنتقدم طواعية للعلاج عمل خطوة في الاتجاه

الصحيح لحل مشكلة تعاطى المخدرات(١١).

٨ - دراسة السكرتارية العامسة للهيشة الدولية للشرطة الجنائية
 ١٩٦٦) :

موضوعها: «تعاطى الشباب للمخدرات والمواد المؤثرة على النفس والعقل».

وقد حددت هذه الدراسة الشباب من بلغ من العمر أقل من ويرسنة وأوضحت هذه الدراسة الآتي:

- ان هناك تزايد مستمر في عدد الشباب الذي يستعمل أو يسيىء
 الاستعمال للمخدرات أو المواد المؤثرة على العقل والنفس.
- إن الشباب يحصلون على المخدر بطريقتين من التجار المحترفون أو المدمنون الآخرون.
- إن المصادر المالية للشباب غالباً ما تكون من الأجر الشخصى أو المصروف الذي يحصل عليه من الأسرة، أو من ممارسة بعض الأنشطة الاجامية.

وحددت هذه الدراسة الفثات التي ينتمى إليها الشباب المدمنين على المخدرات من حيث طبقاتها الاجتماعية كالآتي:

■ الشباب الذي يتعاطى المخدرات فى الدولة الصناعية لا ينتمى إلى طبقة اجتماعية معينة، لكنه ينتمى إلى مجموعات من الأفراد، لهم عرف خاص فى المجتمع الحديث ينازعون من أجله.

■يقتصر استعمال المواد المؤثرة على النفس والعقل في هذه المجتمعات الصناعية على شباب الطبقات الراقية.

⁽¹⁾ Souief M. I., 1973, Cannabis Ideology, A Study of Opinipa and Beliefs Centering Around Cannabis Consumption. Bulletin on Narcotic (XXX 4). Cairo: UCSCR. PP. 33 - 38.

◄ بينما ينتشر التعاطى للمخدرات فى الدول التى لا يوجد فيها إلا القليل من الصناعة على الطبقة الفقيرة، ويرجع هذا إلى ظروف الحياة الشاقة التي تجعلهم يلجأون إلى تعاطى المخدرات كنوع من الهروب.

وقد حددت هذه الدراسة دوافع تعاطى الشباب للمخدرات كما أدلت به معظم الدول المشتركة في الدراسة كالآتي:

١ - الفضول (حب الاستطلاع) كما ذكرت معظم الدول المشتركة.

 ٢ - مسايرة التيار، فالشباب يريد مسايرة التيار (الموصة) دون التمييز بين الطيب والردىء منها.

٣ - الحصول على السعادة المحرمة.

الرمزية: فقد أشارت الولايات المتحدة الامريكية إلى أن إستعمال المخدرات كان يعتبر لدي بعض الشباب رمزاً للاعتراض على المجتمع الذي يعيشون فيه (١١).

٩ - دراسة محمد السيد حثورة (١٩٧٣) :

موضوعها: «دراسة للاستخدام الغير طبى للمواد المنشطة نفسياً بين طلاب المدارس الثانوية الذكور في مصر». وهي دراسة انتشارية.

أهداف الدراسة :

الهدف الرئيسي لهذه الدراسة هو وجود إجابة حتمية للأسئلة الآتية:

-كيف انتشر سوء استعمال المخدرات بين الذكور في المدراس الثانوية؟

- ما هي المواد المؤثرة نفسياً الأكثر شيوعاً واستعمالاً؟

 ما هى المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة مع استعمال هذه المواد؟

 ⁽١) السكرنارية العامة للهيئة الدولية للشرطة الجنائية، ١٩٤٧، تعاطي الشباب للمخدرات.
 والمواد المؤثرة على النفس والعقل. القاهرة: المكتب الدولي العربي لشئون المخدرات.

عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من حوالى ٦٠٠٠ ستة آلاف طالب اختيروا مسن حوالى ١٢٠ فصلاً دراسياً موزعين على ٢٤ مدرسة ممثلة جميع أنحاء مدينة القاهرة. وكان عمر هذه العينة يتراوح من ١٦:١٢ سنة.

أداة البحث:

■ وضع استخبار خاص لهذه الدراسة يتكون من ٨٦ سؤالاً وقد حسب ثبات وصدق الاستبيان وقد قام بتطبيق هذا الاستبيان عدداً من الباحثين المؤهلين.

نتائج الدراسة :

- المخدرات الطبيعية أكثر انتشاراً في حياة المفحوصين عن المخدرات التخليقية.
- معظم المفحوصين تعرفوا على المخدرات عن طريق أصدقاءهم
- الفحوصون الكبار في السن جرسوا المخدرات التخليقية أكثر من صغار السن.
- طلاب القسم الادبى أكثر تعرضاً للمخدرات عن زملاً مم من القسم العلم.

١٠ - دراسة يحيى الرخاوي (١٩٧٠) :

موضوعها: «علاج المدمنين صحياً».

وقد أكد فيها أن متعاطى المخدرات يكون دافعه الاول للتعاطى الحصول على لحظات نشوة وهى حالة مزاجية عابرة قوامها الشعور بأن كل شىء على ما يرام (١).

⁽١) يحبى الرخاوي ١٩٧١، الانسان وصحته النفسية. القاهرة: الانجلو المصرية.

۱۱ - دراسة رشاد كفافي (۱۹۷۳) :

موضوعها: «سيكولوچية اشتهاء المخدر لدي متعاطى الحشيش».

هذف الدراسة:

حددت الشكلة في هذه الدراسة في مجال الاعتصاد على المخدرات على إنها المتعاطي ذاته، وقد حددها الباحث على إنها المتعاطى في حال الخرم، بحيث يتمكن من إلقاء الضوء على سيكولوچية المتعاطين أثناء الخرم.

عينة الدراسة:

ضمت عينة الدراسة مجموعة من الأفراد عمن يتعاطبون الحشيش أو السجاير على ألا تقل كمية السجاير بالنسبة للفرد الواحد عن ٢سيجارة يومياً. وكانت عينة البحث مكونة من ستة أفراد كالآتى:

حالة رقم (١) متعاطى جشيش، عامل، سواق، اعزب، السن ٣١ سنة، يقرأ ويكتب.

حالة رقم (٢) متعاطى حشيش، موظف، السن ٣٩ سنة، متزوج، تعليمه متوسط.

حالة رقم (٣) متعاطى جشيش، متعهد سجاير، تاجر جملة، متزوج، ٥

حالة رقم (٤) متعاطى ليس لــه عمــل ثابت، متزوج، الســن ٣٠ سنة، يقرأ ويكتب.

حالة رقم (٥) مدخن ٤٧ سنة متزوج، يقرأ ويكتب.

حالة رقم (٦) مدخن ٢٥ سنة، أعزب، يقرأ ويكتب.

وقد قسم الباحث المتعاطين إلى حشاش ومدخن.

- وقد قت الدراسة بالنحو التالي:
- ١ استبار المفحوصين وذلك لالقاء الضوء على مجالات محددة.
 - ٢ القيام بجلسات التداعي الحر للمفحوصين في حال الخرم.
- ٣ القيام بجلسات التداعي الحر للمفحوصين في الحال العادية.
- ٤ تطبيق اختبار تفهم الموضوع كتكنيك اسقاطى على المفحوصين في احوالهم المتباينة (الخرم - العادية - النشوة).
 - وكان الاستبار يكشف عن النقاط الآتية:
 - ١ ظروف بدء التعاطي.
- ٢ تأثير التعاطي وفيها يتكلم المفحوص عن تجربة التعاطي وما يمر به من أحوال متعددة تبين صور الأحوال الأربع التي يخبرها المتعاطي ألا
 - (أ) حالة التخدير.

وهي:

(ب) ثانی یوم صباحاً.

(د) حالة الخرم.

- (ج) الحالة العادية.
 - ٣ العلاقة بالوالد.
 - ٤ العلاقة بالأخوة.
 - ٥ العلاقة بالوالدة.
 - ٦ العلاقة بالزوجة.
 - ٧ العلاقة بالأبناء.
- ٨ العلاقة بالاصدقاء.
- ٩ العلاقة بالجنس الآخر.
 - نتائج الدراسة :
- ١ تتسم حالة الخرم بالتوتر الناجم عن الاحباط الفمي، بالإضافة إلى الحصر والاكتئاب والعجز وإفتقباد الاحسياس بالأمين، وهذه المشاعر

والأحاسيس التي يوجد بعضها في الحال المعتاد ولكن على نحو أخف وطأة مما هو عليمه الحال في الخرم، وترجع هذه المشاعر إلى إفتقاده للموضوع الطيب (الثدي) وفي حالة الخرم قد تستشار لديمه من مخاوف وقلق الحصاء تلك التي ينجع بالتعاطي في انكارها.

٢ - الشعور بالحاجة إلى الاشباع السريع دون مقدرة على الارجاء، فالمتعاطى يشعر بالرغبة في إرضاء أناه الأعلى الذي يقوم بالحجز على رغبات الهي، إلا أن الأنا هنا في الخرم يكون أكثر تعاطفاً مع مطالب الهي تلك التي تتمثل في حاجته إلى الحب وأن يعين ذاته بالمحبوب، وأن يفني فيه، بينما نجده في الحال المعتاد أكثر تعاطفاً مع مطالب الأنا الأعلى وإن حال الخرم تجعله أكثر حساسية لتأثير المخدر بحيث أن قدراً ضئيلاً منه يحدث التأثير المرغوب.

٣ - عدم الكفاية والمقدرة على التعامل مع الواقع وإقامة علاقة انسانية، ومن ثم العزوف عن عقد تلك الصلات، أي أنه غير راغب فى التواصل الانسانى والتخدير وسيلته فى عقد صلته بالواقع والتعامل معه بكفاية.

٤ - تزداد في الخرم مقدرته على العطاء ضعفاً، فهو لا يستطيع أن يعطى دون مقابل.

0 - الافتقار إلى وجود الأم والرغبة في التواجد معها، واشباع الرغبات وتحقيق هذه الرغبات هلوسياً، فهد في حال الحرم يستشعر ضوورة الاشباع الفمى والرغبة في الحب والدفء من قبل الأم يدفعه إلى أن يتحول تجاه الأب، فهو يقف موقفاً أوديبياً سالباً، وفي حال التعاطى تتواجد الأم كموضوع طبب ومثالى يقوم باشباع رغباته الفمية، وهنا يستشعر المتعاطى تحصله على القدرة المطلقة على تحقيق الرغبات، وبادماج موضوع الاشباع الفمى في التعاطى فإنه يستشعر الاقتراب من آناه الاعلى ذي القدرة المطلقة الذي يرغب حفى الحرح في الحصول على

رضائه، ويهاجم بشدة الجانب القاسى السىء منه الذي تشتد قسوت فى الخرم، كما وأنه يستشعر تلك الحال الاخيرة كاحباط من جانبه، لما يعتمل فى نفسه من رغبات للهمى يدينها بشدة، وعكمن القول بأن الأنا يرداد ضعفاً فى الخرم بينما يشتد الأنا الأعلى قسوة.

الارتداد إلى الوضع الفصامى البارانوي، وما يتسم به من حصر.
 وصراعات ذات طبيعة اضطهادية، واللجوء إلى الميكانيزمات البدائية،
 ولكنه ليس نفسه ارتداد الذهائي، فهو ليس ارتداداً شاملاً وتاماً.

لليل إلى الحصول على القدرة المطلقة والعمل على استعادتها .
 وكذلك النزعة إلى الحصول على رضاء الأنا الأعلى ذي القدرة المطلقة .

 ٨ - موقف المتعاطى من تعاطى الخشيش مضاعف الحتم، فهو تارة إدماج لموضوع سيىء، وتارة بمثابة إدماج للموضوع الطيب، وتارة ثالثة بمثابة إدماج لموضوع محبوب ومكروه فى آن واحد، وهكذا يتسم الموقف من التعاطى بالثنائية الوجدائية والتناقص فى الارادة.

٩ - ثمة ما يوحى بأن تعاطى الحشيش لا يشبع خرمه فحسب، وإغا يشبع أيضاً خرم السيجارة، وإن لم يكن العكس صحيحاً، وهكذا يكن من إفتراض أن خرم السيجارة والحشيش ينتميان إلى مصادر متقاربة، وإن يكن الاشباع الذي يحققه تعاطى الحشيش أقوي، أي إنه يمكن القول. أن تعاطى الحشيش يمكنه أن ينكر المشاعر الاكتئابية.. بينما السجاير لست كفيلة بإنكارها كلية.

 ١ - إن خرم الحشيش يمكن اشباعه جزئياً بمواد بديلة كالأفيون أو أن خرم الحشيش إنا هو خرم لتحقيق حال من المرح.

 ١١ - البناء النفسى لمتعاطى الحشيش قريب من البناء النفسى لدي مرضى الاكتئاب والهوس.

١٢ - متعاطى الحشيش في حال الخرم ينشد الاشباع الفمي كما تحققه

جلسة التعاطى، وما تتسم به من وجود رفقة في التعاطى يتحقق بوجودهم ضرب من التواصل الانساني.

١٣ - تنزداد صورة الذات رداءة وعجزاً في حال الخرم وبتعاطى الحشيش يحقق لها طبيتها ويضفى عليها طابعاً مثالياً ١١١٠.

۱۲ - دراسة فاروق عبد السلام (۱۹۸۰) :

موضوعها: «دراسة نفسية اجتماعية لبعض المتغيرات المتعلقة بالإدمان» أهداف البحث:

يحاول الباحث الاجابة على الأسئلة الثلاثة الآتية:

١ - ما هي العوامل الاجتماعية والنفسية المتصلة بالإدمان؟

٢ - ما المتغيرات النفسية التي قد تطرأ على المدمن عند انقطاعه عن المخدر؟

 ٣ - ما المتغيرات النفسية التي قد تطرأ على المدمن من جراء تنفيذ برنامج أولى للعلاج النفسي؟

فروض الدراسة :

 إن الشعور بعدم الطمأنينة الانفعالية أكثر شيوعاً عند مدمنى المخدرات؟

٢ - إن مدمني الأفيون ينتمون إلى مستويات ذكاء منخفضة؟

٣ - إن الأعراض السيكوباتية تشبع لدي مدمنى الأفيون أكثر من
 الأعراض الذهائية أو الأعراض العصابية.

٤ - إتجاهات مدمني المخدرات حيال المتغيرات التي يقيسها اختبار

 ⁽١) محمد رشاد سيد كفافي، ١٩٧٢، سيكولوچية أشتهاء المخدر لدى متعاطي المخدرات
 رسالة ماچمتير (غير منشورة) - كلية الأداب - جامعة عين شمس.

ساكس وهي الأسرة، الجنس، العلاقات الانسانية وتصور الذات تتسم باضطراب التوافق والسلبية.

 و ان اضطراب الشخصية لدي المدمنين، كما يكشفها اختبار تفهم الموضوع هي من نوع الاضطرابات عميقة الجذور.

 ٦ - تختلف السمات السيكولوچية لدي المدمنين، كما يكشفها اختبار تفهم الموضوع هي من نوع الاضطرابات عميقة الجذور.

٧ - تختلف السمات النفسية لدي المدمنين المتحررين فسيولوچياً عنها
 عند تحررهم النفسي (معبراً عنه بالبقاء فترة ثلاثة شهور بالمصحة).

٨ - تختلف السمات النفسية لدي المدمنين الذين تعرضوا للعلاج
 النفسي عن هؤلاء الذين لم يتعرضوا لأى نوع من العلاج.

٩ - أن الأدمان عادة يبدأ في المراهقة.

١٠ - إن المدمنين ينتمون إلى مستويات اجتماعية اقتصادية دنيا.

١١ - هناك علاقة طردية بين الإدمان والنشاط الجنسى.

١٢ - آثار الأفيون تختلف عند بدء الإدمان عنها عند آخر مرة تعاطى.

 ١٣ - الحالة المزاجية النفسية للمخدر تختلف وهو تحت تأثير المخدر عنها وهو خارج ذلك التأثير.

١٤ -إن المدمنين يصفون مجتمع المدمنين بصفات تشيع فيها السلبية.
 والازدراء وعدم التقدير.

عينة البحث:

تتكون عينة البحث من جميع المتقدمين طواعية للعلاج الداخلي بمصحة الامراض النفسية بالخانكة في الفترة من ١٩٧٤/٩/١، ١٩٧٤/٩/١، ١٩٧٥/٣/٣١، أي مدة ستة شهور. وقد بلغ مجموع مدمني الأفيون الذين دخلوا المصحة في هذه الفترة ٥١ فردا استبعد منهم ٩ حالات لعدم صلاحيتهم للبحث، وقت دراسة بقية الحالات وعددهم ٤١ حالة.

- العمر الزمني للعينة تراوح من ٣٠ ٥٧ سنة.
 - معظم العينة كانوا متزوجين.

أدرات البحث :

- ١ -- استمارة مقابلة لدراسة المتغيرات النفسية والاجتماعية لمدمنى الأفيون.
 - ٢ اختيار الشخصية المتعدد الأوجه.
 - ٣ استفتاء ماسلو.
 - 2 اختبار تفهم الموضوع.
 - ٥ -- اختيار ساكس لتكملة الجمل.
 - ٦ اختبار الذكاء المصور.
 - ٧ حلسات المناقشة الجماعية.

نتائج البحث:

- ١ افتقار المدمنين إلى الطمأنينة النفسية عما جعلهم يلجأون إلى
 الإدمان لمدارة هذه المساعر المسيطرة عليهم.
 - ٢ مدمني الأفيون ينتمون إلى مستويات ذكاء منخفضة.
 - ٣ مدمني الأفيون ينتمون إلى مستويات إجتماعية دنيا.
 - ٤ وجود مشاعر حرمان واسعة لدى المدمنين في فترة الطفولة المبكرة.
 - ٥ عدم حل الموقف الاوديبي.
 - ٦ وجود مظاهر للسلوك السيكوباتي والميول العصابية.
 - ٧ وجود خلل في نظام الثواب والعقاب في مرحلة الطفولة.
- ٨ تدور الصراعات حول الوصول للاشباع العاجل وكذلك مشاعر القلق.

وقد جاءت نتيجة هذه الدراسة مؤيدة لعظم الفروض التي وضعها الباحث لدراسته (۱).

۱۳ - دراسة محبد رمضان محبد (۱۹۸۲) :

دراسة محمد رمضان محمد للدكتوراه بعنوان «تعاطى المخدرات لدي الشياب المتعلم» (١٩٨٢).

هدف البحث :

- بالرغم من أن كل البحوث السابقة عن التعاطى والإدمان قد انتهت إلى أن هناك سمات مشتركة قيز المتعاطين في شخصياتهم إلا أن هناك سؤال ملح هو:
- الذا هؤلاء الاشخاص بتلك السمات اصبحوا متعاطين رغم اشتراكهم
 مع غيرهم في السمات والآخرين لما لم يصبحوا مدمنين؟
 - ولماذا أصبحوا مدمنين على عقار معين؟
- ما الذي دفع الفتاة الجامعية لأن تصبيح مدمنة حشيش وما الذي يسم بنائها النفسي؟
- ما هي الفروق بين طلبة وطالبات الجامعة المدمنين والمدمنات في بنائهم النفسي وديناميات الشخصية؟
- ما هي أوجه التشابه الموجودة بين الطلبة والطالبات المدمنين والمدمنات؟
 - عن الذكور؟
- على الإناث أكثر توافقاً من الذكور في ممارسة أدوارهن الاجتماعية.

 ⁽١) فاروق عبد السلام، ١٩٨١، بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية المتعلقة بالإدمان –
 رسالة دكتوراه (غير منشورة) – كلية التربية – جامعة الأزهر.

عينة البحث:

عينتين من الذكور والاناث المدمنين والمدمنات للحشيش.

خصائص عينة (الذكور):

أن يكون في المرحلة الجامعية خلال السنة الأولى حتى الرابعة.

لديه خبرة التعاطى لمدة ثلاث سنوات متواصلة.

عدد مرات تعاطیه لا تقل عن ٤ مرات أسبوعیاً.

■ لديه الرغبة في التعاون في البحث.

عدد أفراد عينة الذكور خمسة أفراد.

کانوا عثلون مستویات اقتصادیة مختلفة.

السن تراوح بين ١٩ ~ ٧٤ سنة.

الحالة الاجتماعية: غير متزوجين.

المنة: طلاب.

المخدر: الحشيش.

أسلوب التعاطى: الجوزة والسيجارة.

التخصص: (١) كلية الحقوق، (٢) من كلية الأداب، (١) وواحد من تجارة الخرطوم، (١) من معهد التعاون.

عينة الإناث:

تتمتع عينة الاناث بنفس خصائص عينة الذكور وهي:

أن تكون في المرحلة الجامعية خلال السنة الأولى حتى الرابعة.

لديها خبرة التعاطى لمدة ثلاث سنوات متواصلة.

عدد مرات تعاطيها لا تقل عن ٤ مرات أسبوعياً.

- لديها الرغبة في التعاون في البحث.
 - عدد أفراد العينة خمسة اناث.
- الوضع الاقتصادى، عثلون طبقات مختلفة.
 - السن من ۱۹ ۲٤ سنة.
 - الحالة الاجتماعية: غير متزوجات.
 - المهنة: طالبات.
 - أسلوب التعاطى: الجوزة، السيجارة.

كيفية اختيار العينة :

بدأ التعرف على العينة عن طريق أحد الاشخاص الذي عرفه الباحث على المبحوث الاول وشرح له الغرض من البحث وعن طريق المبحوث الأول تعرف الباحث على بقمة المبحدثين.

أدوات البحث :

- القابلة الاكلينيكية (حرة غير مقننة).
- اختبار البيكفورد الاسقاطي المصور.
 - اختبار اليد الاسقاطى.
 - اختبار التوافق لهيوم بل.

نتائج الدراسة:

 ان الفتاة المتعلمة في محاولة منها للتكيف مع اضطراب وجودها نجدها ترفض ضورة الوجود على النحو الانثوي وتشمرد عليه، وتحاول أن تحيا من خلال كونها ذكراً على المستوي المتخيل.

 ٢ - كما وجد لديهن شجاعة ظاهرة في طلب الجنس عن الذكور وهي شجاعة تخفى خوفاً كامناً من الضعف الانثوي. ٣ - إن الشكلة الاساسية التي يعاني منها المدمن والمدمنة هي مشكلة اضطراب الوجود مع الآخر، فيذهبا إلى عالم الحشيش والمخدرات في محاولة منهما للتكيف مع انفسهم وللحصول على المشروعية التي افتقداها في عالمهما الواقعي.

٤ - ان علاقة الذكر بالأم هي علاقة اعتماد طفلي تماماً فالأم هي موضوع الحب والحنان والعطف والعطاء الدائم المتدفق، بينما تتسم علاقة الفتاة بأمها بالتمرد والعصيان.

 ه - يتفق كل من الذكور والاناث في التمرد على السلطة بكافة اشكالها وإن اختلف اسلوب التمرد عند كل منهما(١).

نقد موجز للدراسات العربية السابقة :

بعد هذا العرض للدراسات العربية التي تناولت موضوع الإدمان تري الباحثة مايلي:

■ اقتصار هذه الدراسات على دراسة المخدر ونوعه أكثر من تركيزها على المتعاطى نفسه.

■ التركيز الأكبر على الآثار الجسمانية الناتجة من تناول المخدر وعدم تناوله ولم تركز على العوامل التي دفعت لهذا التعاطى للمخدر.

■ معظم الدراسات انصبت على دراسة الحشيش وكأنه المخدر الوحيد. الموجود في مصر على الرغم من شيوع الأفيون وغيره من المخدرات التخليقية التى زاد الإدمان عليها وانتشرت في انحاء البلاد أكثر من انتشار الحشيش.

■ معظم الدراسات قد تمت على عينات من القاهرة وكأن القاهرة ممثلة
 لكل المحافظات دون مراعاة للفروق بين الأفراد الناتجة عن البيئة والمكان.

 ⁽١) محمد رمضان محمد، ١٩٨٢، تعاطى المخدرات لدى الشباب المتعلم – رسالة دكتوراه
 (غير منشورة) – كلية الأداب جامعة عين شمس.

■ تعتبر دراسة الباحثة هي الدراسة الأولى في المجتمع السكندري وفي الثمانينات وقد تناولت فيها عينات من جميع أقسام المدينة وقد ركزت على دراسة العوامل المؤدية إلى الإدمان، ولم تهتم بنوع المخدز المدمن لذا كانت دراستها عن الإدمان وليس على مخدر بعينه.

النسبة لدراسة سعد زغلول المغربي «تعاطى الحشيش ظاهرة نفسية
 اجتماعية ينطبق عليه ما سبق ذكره إلى جانب»:

 ١ - إن فروض هذه الدراسة كانت أشبه بالقضايا التئ تعالج موضوعاً أدبياً وليس فرضاً ببحث في العلاقة بين متغيرين أو أكثر.

٢ - اقتصر الباحث في عينته على دراسة المدمنين المسجونين بالرغم من أن مجتمع السجن عد قاطنيه بسمات سلوكية معينة وقد يساعد على ظهور ما هر كامن من سلوك العدوان والانحراف فقد ترجع معظم النتائج إلى البيئة وليس الادمان.

٣ - كانت النتائج على قدر كبير من الغموض وعدم التفسير فقد وصل الباحث في نتائجه إلى أن الأصل في الإدمان ناتج عن تركيب نفسى مرضى يحدث حالة الاستعداد، ولم يوضح لنا ماهية هذا التركيب النفسى وطبيعته، وكذلك عن أن التركيب النفسى المرضى يؤدي للإدمان. وهل كل من لديه تركيب نفسى مرضى يصبح مدمناً.

■ كذلك الحال بالنسبة لنراسة نفس الباحث د. سعد زغلول المغربي، في الدكتوراه بعنوان «سيكولوچية تعاطى المخدرات»، إلا أنه اهتم بدراسة الأفيون وحده وآثاره وما يحدثه من تغيرات، وليس ما الذي أدي اليدمان.

 النسبة للعينة طبق الباحث اختباراته على ١٠ أفراد وهذه عينة غير ممثلة احصائياً ولا يكننا التعميم منها.

■ ميل الباحث إلى النزعة الطبقية في بحثه فقصر الإدمان على

- الطبقة الدنيا فقط، على الرغم من وجود الإدمان في كل الطبقات مع اختلاف في نوع المحدر المدمن وكذلك طريقة التعاطي.
- اعتمد الباحث في اختيار عينته على الوسيط، الذي قرر وحده أن هذه العينة مدمنة ولم يتأكد الباحث من وجود الإدمان عند العينة بوسيلة أخرى.
- لم يذكر الباحث كيفية احتفاظه بمعلومات عن تاريخ الحالة حيث أن
 دراسته لتاريخ الحالة كان حراً وغير مقنن.
- اقتصرت الدراسة على دراسة عينة المدمنين ولم تذكر المقارنة بين المدمنين وغيرهم على الرغم من كونها دراسة مقارنة.
- ذكر الباحث فى نتائجه أن النقر وارتباط الأفيون بالتاريخ الحضاري للشعب المصري هو السبب فى الإدمان، على الرغم من انتشار الأفيون ومشتقاته فى أعرق واعظم الحضارات الغربية إلا أن الباحث لم يفسر لنا كيفية انتشاره فى هذه الحضارات التى لا يقوم أسلوبها الحضاري على كف العدوان وتعتبر من أغنى الحضارات.
- بالنسبة لدراسة د. محمد رشاد كفافى عن سيكولوچية اشتهاء المخدر:
- قسم الباحث متعاطيه إلى حالات وهى: حالة معتادة، حالة تخدير، حالة خرم. ولم تكن لديه أداة موضوعية للتعرف على كل حالة من هذه الحالات الثلاثة.
 - كانت العينة صغيرة جداً للدراسة إذ إنها تكونت من "حالات فقط.
 - جاءت معظم النتائج خالية من التفسير والتوضيح.
- وبالنسبة لدراسة د/فاروق عبد السلام «دراسة بعض المتغيرات الاجتماعية والنفسية المتصلة بالإدمان»:

- انكب الباحث في الدراسة على دراسة الآثار الناجمة عن الانقطاع عن المخدر أكثر من دراسته للعوامل المؤدية للإدمان.
 - قصر الإدمان على الأفيون فقط.
- دراسة د. محمد رمضان محمد «تعاطى المخدرات لدي الشباب المتعلم».
- على الرغم من أن الرسالة تدرس التعاطى عند الشباب المتعلم إلا أن الباحث ركز على دراسة الفروق بين الذكور والاناث في الإدمان أكثر من دراسته لعملية الادمان ذاته.
- كانت عينة البحث صفيرة إلى جانب اعتماده على الوسيط في جلب. المبحوثين وتأكيد إدمانهم ولم يتأكد من وجود الإدمان بطريقة أخرى.
 - كانت النتيجة الأولى للبحث: رفض الفتاة المتعلمة للوجود الانثوي يجعلها تلجأ إلى الإدمان لكى تحيا خلال كونها ذكراً على المستوي المتخيل فهل أي رافض للوجود يكون مدمن مخدرات.
 - كذلك النتيجة الثانية التي عممها من دراسة لخمس حالات من الفتيات الجامعيات وهي شجاعة الفتاة الظاهرة في طلب الجنس.
 - كانت معظم حالاته من أسر متفككة وبها خلل في تنشئتها الاجتماعية، ولم يرجع الباحث الإدمان لهذه الاسباب بل ارجعه إلى عوامل خاصة بتركيب نفسي فردي.

ثانياً - الدراسات الأجنبية :

وقد صنفت الباحثة هذه الدراسات إلى:

١ - دراسات تناولت وصف سمات المدمن النفسية.

٢ - دراسات تناولت وصف الظروف الاجتماعية للمدمن وبيئات المدمنين.

أولاً - الدراسات التي تناولت وصف نفسية المدمن وشخصيته :

وفيما يلي عرض للدراسات التي تناولت وصف سمات المدمن النفسية:

۱ - دراسة ماركوفيتش ومايرز (۱۹٤٤).

٢ - دراسة كريزا وكريرا (١٩٥٧).

٣ - دراسة بركيه (١٩٥١).

٤ - دراسة وولف.

٥ - دراسة نابت.

٦ - دراسة بيرزن وروث وانجلش.

٧ - دراسة اوزويل.

۸ - دراسة بول وسنار.

٩ – دراسة ايليتوود.

١٠ - دراسة ايستون.

١١ – دراسة ايڤنسون.

۱۲ - دراسة برنارد ورتس،

۱۳ - دراسة هيكيمان وجرشون.

۱٤ - دراسة هل.

١٥ - دراسة هكيله وسكولر.

١٦ - دراسة لاسكوتز.

۱ - دراسة ماركوفيتز ومايرز (۱۹٤٤) :

وقد قاما الطبيبين الامريكيين ماركوفيتش ومايرز -Meyres and Mar وقد قاما الطبيبين الامريكيين ماريجوانا في الجيش الأمريكي وضعوا

تحت الملاحظة لمدة سبعة شهور، وكانت نتائج هذه الدراسة تلخص السمات العامة للمدمنين فيما يلي:

- كثرة التعرض للمؤاخذة والعقوبة العسكرية.
- عدم القدرة على تحمل الاحباط أو الحرمان أو النظام العسكري.
- ضعف القدرة على ضبط سلوكهم لكى يكون مقبولاً اجتماعياً.
- استجابات عدوانية لمواقف الاثارة والضغط، وأحياناً يوجهون هذا العدوان إلى أنفسهم كمحاولة قطع شرايينهم أو إصابة أنفسهم بالجراح.
- معاناة القلق وعدم الاستقرار والتهيجية والاكتئاب عندما لا يتيسر لهم تعاطى المخدر، وعدم القدرة على تحمل المسئوليات العسكرية والرغبة الدائمة في دخول المستشفى والفشل المتكرر في القيام بأي واجب أو عمل.
- وقد كشفت دراسة تاريخ حياتهم إنه بتسم بالسلوك الجناحي والفشل
 في تكوين علاقات اجتماعية الجابية (١١).

وقد أكدت هذه النتائج دراسات كل من قوجل Vogel (^{۲۱)} وماري نيسواندر Marynyswander وديهل Dihell (^{۲۱)}، حيث وصفت هذه الدراسات سمات مدمنى المخدرات بالبلادة والخمول، واضطراب الادراك، والحسور، وتدهور أخلاقى، وارتكاب الجرائم والانهباطية، والاكتناب، وضعف الارادة.

(2) Vogel V.H., and Murer D.W., 1957, Narcotics and Science Research, Chicago: ASSO.

Marcovitz E., and Myers H., 1944. Marijuana Addicts in the Army War: Chicago.

⁽³⁾ Nyswander, M., 1960, Durg Addiction, New York: Silvano.
(4) Dihell H.S., and Laton D. A., 1954, Health and Safety for Youth, New York: Mrcrawhill.

Copera and Copera : (۱۹۵۷) اوکویرا وکویرا - ۲

وقد صنف كوسرا وكوسرا المتعاطين للمخدرات في الهند على صوء ملاحظتهما إلى مجموعتين:

التُحولي: وهي الغالبية، ويتسم أفرادها بالبرودة Phlegmatic والغباء، أو الضعف العقلي، وعدم الكفاءة، وعدم القدرة على مواجهة مشقات الحياة وعدم الثقة بأنفسهم.

الثانية: وهؤلاء يكونون جزءاً صغيراً من المتعاطين ويتسمون بسرعة التهيج والشاغبة والاضطراب للهموم أو المثاعب البسيطة التى يتجاهلها العاديون (١٠).

۳ - دراسة بوكيه (۱۹۵۱) : Pouquet

وقد وصف بوكيه Pouquet، المدمن، بأن رغبته للعمل تقل، ويصبح غير مكترث، بكل شيء، متدهور اخلاقياً، ويصاب بحالة من العنة تنتهى بانحراف جنسى، ويعانى من ضعف وسقطات الذاكرة، وعدم الترابط والاتساق في احاديثهم، والاصابة بحالة الاختلاط العقلى -Mental Con والتى تظهر في عرضين واضحين هما:السبات أو الكسل العقلى، والاحلام المستمرة (١).

٤ - دراسة رولف (١٩٤٨) : Woolf

ويري وولف Woolf إن مدمن المخدرات، متردداً، وسطحياً وغير موثوق به وذوى اتجاهات خشنة في معاملاته المختلفة، ويظهر الاهمال واضحاً

⁽¹⁾ Copera I.C., an Copera I.N., 1955, The Use of the Cannabis Durg India, Bulletin on Narcotics, Vol. L. New York: Geneva.

⁽²⁾ Pouquet, R. J., 1951, Cannabis, New York: Bulletin on Narcotics. (Vol. II).

نى سلوكه وأفعاله، ويظهر لديه انهباط فى جميع الوظائف العقلية، وتأخر عقلى ملحوظ وكذلك تدهور جسمى، وضعف فى قيمه الاخلاقية(١).

ه - دراسة نايت (۱۹۷۰) : Knight

وقد أكد نابت Knight في بحثه أن الكحوليين تختلف شخصياتهم عن مدمني المخدرات، فالكحوليين أقويا، قادرون جسمانياً وجنسياً بينما مدمنو المخدرات، خاضعون وغير قادرين، وابده بندر Bender في بحثه عن القبائل الهندية الأمريكية ووجد أن مدمن المخدرات يتسم بالعزلة والوحدة ولا ينتمى لأي قبيلة أو وحدة اجتماعية ومعظم مدمني المخدرات متمردون على السلطة المقبولة كآبائهم وكنيستهم، وهذه العزلة هي التي تقودهم إلى عالم الإدمان. (٢).

٦ - دراسة بيرزين وروث وانجلش (١٩٧٤) :

Berzin, Ross & English

وفى الدراسة التى قام بها بيبرزن وروث وانجلش (۱۹۷٤ التى قام بها بيبرزن وروث وانجلش (۱۹۷۶ مقد Ross, English et al وآخرون على مجموعة من مدمنى المخدرات، فقد لاحظ الباحثون أن حوالى ٢٠/ من عينة بحثهم من المدمنين يعانون من المزيج من المشكلات الانفعالية.

وقد تمكن الباحثون من التمييز بين غطين أساسين في أن الإدمان في الد . 2 / من العينة المتبقية، مجموعة من المدمنين ظهرت تعانى من اكتشاب واضح، فقد كانوا قلقين مكتشين، يعانون من الاشمئزاز من أنفسهم لكونهم مدمنين، بينما المجموعة الثانية كانت مختلفة فكانت

⁽¹⁾ Woolf, P. O., 1948, Marijuana In Latin America. Washington: Lincor Press.

⁽²⁾ Knight, E., and Beoubrun, M.H., 1973, Psychiatric Assessment of 30 Chronic Users of Cannabis and 30 Matched Control, New York: Amer. J. Psychiat.

أكثر تكيفاً، وكانوا يبدون هادئين متكيفين راضين عن أنفسهم، وخاليين من أي اضطرابات انفعالية أو عاطفية واضحة(١).

۷ - دراسة اوزيل (۱۹۹۱) : Ausubel

وقد بين اوزيل Ausubel من مراجعته لمجموعة من البحوث عن الإدمان، إن الاعتماد الجسمى على المخدر ليس إلا ذريعة للاستمرار في الإدمان على منه استمراراً وظيفياً للشخصية غير الناضجة (٢).

۸ - دراسة بول وسنار (۱۹۶۹): Ball and Snnar

وقد وضح بول وسنار Ball and Snnar من دراستهما لـ ١٠٨ مدمن على مستشفى كلسنجتون مستخدمين المقابلة وتقارير المستشفى والشرطة أن هناك غطين من المدمنين:

■ النَّمطُ وَلِمُ أُولِئُكُ الدِّينَ يعملون في أعمال إجرامية أو أعمال غير منتجة.

النمط الثاني الله الذين يكون العقار لديهم هو مركز حياتهم واهتماماتهم (٢٠).

۹ - دراسة ايلينرود (۱۹۹۰) : Elinwood

وقد وجد ايلينوود Elinwood من دراسته على عينة عشوائية قوامها ٣٠ مدمنة ومقارنتها بعينة من الذكور مستخدماً أسلوب المقارنة فوجد أن الأم من وجهة نظر المدمنات زائدة الحماية ومنعزلة وتسلطية، بينما تتصف

(2) Ausubel; D.P., 1961, Causes and Types of Narcotics Addiction A Psychological View, New York, Psychiat (9).

⁽¹⁾ Kazdine E. A., Bellack A. S., and Micheal Hersen, 1980, New Prespective in Abnormal Psychology, New York; University, Press.

⁽³⁾ Baul, J. C., and Snar R.W., 1969, A Test of Maturation Hypothesis Report to Opiate Addiction, New York; Bulletin on Narcotics, Geneva.

عند الذكور بالاستكانة، كما أن الأب من وجهة نظر المدمنات قابل للغواية والاستكانة، بينما يتصف عند الذكور بأنه غير عطوف وعيل إلى استخدام العنف دائماً، وقد انتشرت الأعراض الذهانية عند الاناث بينما شاء الانحراف السيكوباتي عند الذكور(١١).

. ۱ - دراسة ايستون (١٩٦٥) : Easton

وقد وجد ايستون Easton إن المدمنين يعانون من اضطرابات خطيرة فى الشخصية بالاضافة إلى نوبات اكتتابية مع مشاعر الملل وتشيع بينهم الانحرافات السيكوباتية، مع سلوك نكوص وعدم كفاية فى التحكم فى المفزات وصورة الأب لديهم غير كاملة مع وجود علاقة مرضية بالأم وذلك فى دراسته لـ ٢١ مدمن مخدرات مستخدماً أسلوب الفحص الاكلينيكي (٢٠).

۱۱ - دراسة ايڤنسون (۱۹۹٤) - ۱۱

وفى الدراسة التى أجراها ايقنسون Evenson على ثلاثين مدمنة مسجونة وعينة أخري ضابطة قوامها أيضاً ثلاثون مسجونة غير مدمنة تم اختيارهن عشوائياً وطبق عليهن مجموعة من الاختيارات تشمل: اختيار الشخصية متعدد الأوجه واختيار الرورشاخ، واختيار بيتا للذكاء المعدل، واختيار تايلور للقلق وقائمة مودزلى للشخصية وبعد ضبط متغيرات الذكاء والجنس أثبتت الدراسة أن المسجونات المدمنات أكثر عدوانية وأقل توافقاً من المسجونات عدوانية وأقل

⁽¹⁾ Ellinwood E. H., Smith W.G., and Vaillant G.E., 1960, Narcotics Addiction in Males and Females, New York: A Comparison International Journal of Addiction (1).

⁽²⁾ Easton, 1965, Clinical Study on the Pathogenic and Personality Structure of Male Narcotics Addiction, New York: Hill Sid Haspital, Geneva.

⁽³⁾ Evenson, M., 1964, Research With Female Drug Addicts at Prison for Woman, Attawa: Journal of Correction (6).

۱۲ - دراسة برنارد (۱۹۹۷) : Bernard and Ritchi

ويري برنارد ورتش Bernard & Ritchi أن المدمن ذو خلق اعتمادي طفلى أساساً وأن صراعاته متمركزة في المرحلة المبكرة من حياته والتي دائماً ما تكون هذه الصراعات عند مرحلة ما قبل اللغة (١١).

۱۳ - دراسة هيكيمان وجرشون(١٩٦٥) :

Hekimian and Gershon

وفى الدراسة التى قام بها هيكيمان وجرشون Hekimian & Gershon على مجموعة من مدمنى المخدرات المختلفة قوامها ١٩٢ مدمناً تبين لهما أن مدمنى المخدرات عادة ما يكونون ذوي شخصية سيكوباتية وانهم مضطربون انفعالياً والرغبة فى السعادة تنبع عندهم من الاكتثاب الكامن الذي يعد من وجهة نظرهم السبب الرئيسى فى الإدمان (٢).

۱۵ - دراسة هل(۱۹۹۸) : Hill

وفى الدراسة التى قام بها هل Hill مستخدماً اختبار الشخصية المتعدد . الأوجه على ٢٧٠ مدمن مخدرات، وجد أنهم قد حصلوا جمعياً على . درجات عالية في مقياس السيكوباتية (٣٠).

۱۵ - دراسة هكيله وسكولر(۱۹۹۹) - دراسة هكيله وسكولر(۱۹۹۹) - دراسة هكيله ومن نتائج الدراسة النتبعية التى قــام بها كل من ادنبــان هكيلــه وسكولـر Hkilla and Schoolar على ۱۸ مدمــن مخــدرات وجــد أن هــؤلاء

Bernard, G. W. and Ritch, L. (1968), Psychodynemics of Narcotics Addiction, New York; Jacksonwill.

⁽²⁾ Hekimian L.J. and Grashon, 1966, Characterestics of Drug Abusers Admitted to a Psychiatric Hospital, Chicago, I.A.M.M. P.1966.

⁽³⁾ Hill, Haertzen and Glasser,1972, Psychological Aspects in Drug Addiction, In: David L. Sills (ed) International Encyclopedia of The Social Sciences, (Vol 3 and 4) New York: The Free Press.

المدمنين يأتون من طبقات اجتماعية عليا غير مستقرة أو من طبقات دنيا أو وسطى (١١).

۱۹ - دراسة لاسكوتز (۱۹۹٤) : Laskowitz

ويري لا سكوتز Laskowitz من خبراته في مجال الإدمان إن المراهق من مدمنى المخدرات ذو شخصية انعزالية اجتماعياً، كما إنه يعانى من مشاعر عنيفة من عدم الاتساق والنقص في الشجاعة والرغبة في الحماية والتدليل، وعادة ما تكون اتصالاته الاجتماعية مقصورة على رفاقه من المدمنين أمثاله، وتكون اتصالاته الجنسية مضطربة، ويتصف بالبلادة في عمله والخوف من الفشل وعدم القدرة على تأجيل الاشباع العاجل (٢)

ثانياً - دراسات تناولت السمات الاجتماعية للمدمنين:

١ - دراسة تنلنبرج.

۲ ٔ - دراسة راثود.

٣ - بعض دراسات تاريخ الحالة.

ع - دراسة توردا.

٥ - دراسة ونك.

٦ - دراسة جن سميث.

۷ – دراسة هربرت هندن.

٨ - دراسة ارفنج لوكوف.

⁽¹⁾ Hikilla I., and Schoolar; J.C., 1969: Heroin Use Among Multipe Drug Users-Its Diagnostic and Theraputic Significance. New York: International Conference on Drug Abuse-Geneva.

⁽²⁾ Jon S.L. and Laskawitz D., 1964, Rorschach Study of Adolescent Addicts Who Die of Over Dose A Sign Approach-Psychiatry Digest, Math Field.

٩ - دراسة سمير نعيم أحمد.

١٠ - دراسة هوبا وجنرد.

۱۱ – دراسة هربرت هندن.

۱۲ - دراسة ازادور تشاين.

۱ - دراسة تنكلينبرج(۱۹۷۱) : Tinklenberg

وجد تنكلينبرج فى دراسته لخمسين فرداً من مدمنى المخدرات طبق عليهم قائمة ايزنك، والمقابلة الاكلينيكية، واستفتاء للقلق، ومصفوفة رامن، إن مدمن المخدرات يتسم باضطرابات شخصية وعدم النضيج، والسلبية فى معالجة القلق، ووجد لديهم انحرافات جنسية كبيرة، كما إنهم ذو ذكاء متوسط، ولديهم درجات عالية من القلق والعصابية، وأن أسرهم جميعاً من الطبقة العاملة. (١).

Rathod : (۱۹۶۹) - ۲

وفى الدراسة التى قام بها راثود Rathod تبين له أن نسبة كبيرة من المدمنين لهم وضع خاص فى الأسرة، كأن يكون الطفل الرحيد من نفس الجنس، كما أنهم أتوا من أسر ليس بها آباء أو بها آباء غير متوافقين، ومطلقين أو مرضى عقليين أو سكيرين (٢).

٣ - بعض دراسات لتاريخ حالة المدمن (١٩٥١) :

وكذلك الدراسات التي أقيمت في سنة ١٩٥١، ١٩٥٢ على أكثر من مائة شاب من الذين أدمنوا المخدرات الموجودين في احدى مستشفيات

⁽¹⁾ Tinkleenberg I.R., Kappell, S., and Hallister, L.E., 1972, Marijuana and Alcohol. New York: Arch. Gen Psychiate.

⁽²⁾ Rathod H.N., 1970, Early Experience in the Life of a Narcotics User, In: Tongue A. et al (eds), Papers Presented to the International Institute on Prevention and Treatment of Drug Dependence: Clausanne.

الصحة العامة بالولايات المتحدة، وقد درس ١٠ من هؤلاء المائة دراسة مكتفة وتعتبر هذه العينة عملة لعينة المدمنين، وشملت هذه العينة كل أنواع الإدمان فشملت الفات التى أدمنت لمجرد عدة شهور بسيطة إلى هؤلاء الذين أدمنوا لسنوات طويلة، وبالنسبة لطروف العينة التعليمية فقد كان معظمهم يعانى من مشكلات دراسية بدأت فى المرحلة الاعدادية واثرت على استمرارهم فى التعليم الاكاديمى، وقد قررت هذه العينة إنهم أدمنوا المخدرات أثناء فترة تجنيدهم فى الجيش، وقد وضحوا أن السبب فى وصولهم للإدمان هو سهولة الحصول على المخدر حيث أنهم كانوا يسرقونه من حقائب الاسعافات الأولية، وكانت طريقة التعاطى عن طريق الاستنشاق حيث أنهم كانوا يدمنون الهيرويين ثم بعد ذلك بحقنه، وبعد ذلك كانوا يحقنون بخليط من الهيرويين والكوكايين. وكانت أداة البحث عبراة عن استمارة لقيلس الإدمان ودراسة تاريخ الحالة.

نتائج الدراسة :

- إن السبب في التعاطى هو وجود الشخص مع زميل له مدمن.
 - سهولة الحصول على المخدر.
 - الرغبة في تجريب المخدر (١١).

٤ - دراسة توردا : Torda

وقد بين توردا Torda من دراست التى قيام بها على ٣٠ مدمن هيرويين وثلاثين آخرين من غير المدمنين، وطبق عليهم اختبارات الشخصية البيولوچية، واختبار التقييم لروث، وقد انتهى من دراست إلى أن: مدمنى المخدرات نتاج لأسر قتل الأم فيها السلطة في المنزل، كما أنها

⁽¹⁾ Nitezl M. T., Awinett R., Marian L., Macdonald and Williams S., Davidson 1977, Behavioural Approaches to Community Psychology, New York, Pergaman Press INC.

ذات شخصية معاقبة سواء على النشاط أم التعبير الذاتى وتأكيد الذات وذلك عن طريق اتكار الحاجة للانجاز، وعدم الموافقة الظاهرة لاحتياجات الأبناء، كما أن فكرة المدمن عبن نفسه إنه مجرد انسان حقير لا حاجة إليه، وغير مرغوب فيه (١١).

ه - دراسة ونك (۱۹۷۳) : Winick

وقد بين ونك Winick في دراسته التي أجراها على ٩٨ من الأطباء المدمنين أن العمل الزائد والآلام الفسيولوچية، ومفهوم الذات، والزوجات، ومستوي الطموح، ومشاعر الانتشاء والاكتناب وتعاطى الخمور، والأرق، والسن، من العوامل المرتبطة بالإدمان لديهم (٢٠).

۳ - دراسة جن سميث (۱۹۷۹) : Gen Smith

ويتحدث چن سميثGen Smith في بحثه بعنوان «الرعى بتأثير استخدام المخدرات» Perceived effects of substances use فأكد أن الاعتماد على المخدرات إنما يختلف من فرد لآخر، فبعض الافراد يبدأون في التعاطى منذ الطفولة، والبعض الآخر يبدأ في مرحلة متأخرة عن ذلك، والبعض يتفادي التعاطى على الاطلاق، ولكنه يؤكد أن انتشار التعاطى يسود في فترة المراهنة والشباب، وتشير نتائجه إلى أن الشباب الذي لم يتعاطى المخدرات حتى الآن، من المحتمل أن يستخدموا الماريجوانا أو المخدرات الأخري خلال فترة شبابهم وأنهم أميل إلى أن يكونوا أكثر تمردا وتهوراً وانفعالاً وأكثر حزناً وأقل تمثلاً من الآخرين، أي أنه حزناً وأقل تمثل الماريجوانا في سن المراهنة والشباب (١٠)، بؤكد على أن الانتشار الأكثر للمخدرات إنما يكون في سن المراهنة والشباب (١٠).

^{. (1)} Lindsmith A.R., 1980, Basic Problem in the Social of Addiction and Theory, New York: W.H.O.

⁽²⁾ Winick C., 1980, A Theory of Drug Dependence Based on Role. New York: Department of Health and Human Services.

⁽³⁾ Smith M., 1980; Perceived Effects of Substances Use-A General Theory, New York: Departmen of Health and Human Services.

۷ - دراسة هريرت هندن (۱۹۸۰) - Herbert Henden

ويتحدث هربرت هندن Herbert Henden فى بحثه عن «النظرية النفسية الاجتماعية لتعاطى المخدرات، الاتجاه النفسى الدينامى «Psychosoial إذ تمن خلال دراسته المجبوعة من طلاب الدراسات العليا المدمنين للمخدرات أتضع له أن الصراعات التي يعايشها هؤلاء الطلاب إلها هى صراعات تدور حول المنافسة والنجاح والفشل فى الحياة وأن الاساليب التى تورط فيها هؤلاء الطلبة والتى تشمل تعاطى المخدرات أو القتل أو العدوان والتعصب الاعمى قد وقعوا فيها بسبب إنهم يتمنون أن يكونوا أحراراً من هذا الألم المؤلم أي أن الواقع المحيط المعاش المليء بالصراعات والمنافسة والفشل هو الدافع لإدمانهم (١٠).

Arving F. Loukoff: حراسة ارقنع لوكوف - ٨

وفى الدراسة التى قيام بها ارتختج لوكوف Arving F. Loukoff حول النظرية الاجتماعية لاستخدام المخدرات، وجد أنه لا يوجد فقط قطاعيات كبيرة من الناس يستخدمون المخدرات، بل يوجد اختيارات ملحوظة لاستخدام المخدرات، فعلى سبيل المثال بينما تدمن الطبقات الاجتماعية المتوسطة Middle - Class على عقار الـ LSD والحشيش نجد أن الهيرويين منتشر بين مجتمعات الحيتو (المجتمعات المعزولة Chetto Communities) لأنه أرخص من الماريجوانا، إذ أن تماذج وطرق استخدام المخدرات بصفة عامة إنما هو اختيار مقصود يتحدد بطبيعة الطبقات الاجتماعية، وبالعرف أحياناً أي إنه ليس اختياراً عشوائياً، بل هو اختيار مقصود من جانب الطبقة الاجتماعية التى تستخدم عقاراً أو مخدراً معينً بالذات (٢٠).

(2) Lukoff L., 1980, Toward A Psychology of Drug Abuse. New York: Department of Health and Human Services.

⁽¹⁾ Henden H., 1980, Psychological Theory of Drug Abuse. A research Monography No. (25) New York, NID.

Samir Naeim Ahmed : حراسة سمير نعيم أحمد - ٩

وتدل معظم الدراسات العالمية على أن تعاطى المخدرات ينتشر بين من يقل عمرهم عن الاربعين عاماً، ولكن نتائج البحوث تتفاوت فى مدى انتشار التعاطى بين فنات العمر المختلفة قبل سن الاربعين، ففى الولايات المتحدة الأمريكية تدل الدراسات على أن تعاطى المخدرات يزداد انتشاراً بين صغار السن، فقد كانت نسبة الذين تقل سنهم عن ٢٠سنة بين متعاطى المخدرات تقدر بحوالى ٥٠٪، وقد وجد أن نسبة كبيرة من المتعاطين للمخدرات بدينة اوكلاتد بولاية كاليفورنيا خلال سنة ١٩٦٤ - ١٩٦٧ من الأحداث المتعاطين للمخدرات فى تزايد مستمر خطير، بل ويتد الإدمان ليشمل الأطفال الصغار الذين يتعاطون الحشيش ويستنشقون الغازات المخدرة!١٠

۱۰ - دراسة هوپا وواجئرد وينتلر (۱۹۷۹) :

Hoba, Wingard & Bentler

١١ سمير نعيم أحمد، ١٩٧١، خطر تعاطى المخدرات القائم في المنطقة العربية. القاهرة:
 المكتب الدولي العربي لشئون المخدرات.

فكل هذه الحاجات تؤدي إلى الإدمان ويبدو وهذا واضحاً عندما تحرم العادات أو المجتمع تعاطى المخدرات(١١).

۱۱ - دراسة هربرت هندن (۱۹۸۰) : Herbert Henden

ويؤكد البحث الذي قام به هربرت هندن Herbert Henden أن جميع متعاطى الماريجوانا يعانون من اضطرابات عائلية في المنزل، وفي معظم الحالات تكون مشاكلهم مشابهة لتلك المشاكل التي يعاني منها معظم الشباب، إلا أنهم يحاولون أن يحدورا أسساً جديدة للتعامل مع والديهم، وإن اتجاهات هؤلاء الشباب قيل دائماً إلى تدمير العلاقات مع الوالدين، فكل شاب من هؤلاء الشباب يبدو أنه يرفض الانصياع إلى أوامر والده ويريد أن يحصل على النشرة والسعادة.

ويري هندن أن العمل الاساسى الذي قام به أوسكار لويز عام ١٩٦٦ يوضح لنا أثر الفقر على الإدمان وقد تراوحت المتغيرات الاجتماعية في الإدمان بين النشاط الجنسى، والمزاملة، والصداقة، وهناك دراسات أخرى . اجتماعية اقتصادية تفسر الإدمان على إنه نتيجة لعدة عواصل منها: الفقر، الجنس، الصراع الطبقى، المنافسة، ويقول هرسرت هندن في ذلك «إن عوامل الفقر والجنس والعنصرية والحتمية الاقتصادية هي الأسباب التي تؤدي إلى الإدمان، فهو يري أن الإدمان ما هو إلا عملية تكيفية مع الواقع الاجتماعي الاقتصادي» (١٠٠).

Isoder Chein : (۱۹۹۸) نور تشاین ۱۹۹۸ - ۱۶ دراسة ازدور تشاین (۱۹۹۸) Isoder Chein (۱۹۹۸) وکان

⁽¹⁾ Huba, Wingar and Benter, 1979, Framework for an Interactive Theory of Drug Abuse. New York: NIDA. Amonography No.(24).

⁽²⁾ Herbert, A., and Richard, 1981, A Dolscent Marijuana Abusers and Their Families, New York: National Institute of Drug Abuse.

هدف البحث تحديد الأحياء التي ينتشر فيها تعاطى المخدرات، وقد أعد الباحث قوائم بأسماء مدمني المخدرات الذين تتراوح أعمارهم بين ١٦٠ ٢١ سنة الذين تعرفهم الجهات الرسمية.

ويصف الباحث نتائج هذه الدراسة بقوله « أتضع من هذه الدراسة أن المناطق السكنية التي يتركز فيها تعاطى المخدرات هي أكثر مناطق المدينة حرماناً وازدحاماً وفقراً، وحتى داخل هذه المناطق السيئة وجد أن المخدرات تكون أكثر انتشاراً في تلك الأجزاء منها التي يكون الدخل فيها شديد الانخفاض، والمستوي التعليمي منخفض جداً، ويسود فيها التفكك الأسري، وتؤكد هذه الدراسة على أن الحرمان الاقتصادي للأسرة والبطالة وانخفاض المستوي التعليمي والمسبكن السيىء المزدحم من أهم أسباب إدمان المخدرات. (1)

⁽¹⁾ Chein L., 1956, Narcotics use Among Juvenils, Social Work (Vol No. 1).

الفصل الراسيع

العوامل النفسية والاجتماعية المؤدية لإدمان الخلرات وآثارها على السلوك

دراسة ميدانية نفسية

رو أهمية البحث و تحديد مشكلة البحث

= حدود انشراسة

۽ متغيرات البحث

منهج البحث

= أدوات البحث

عينة البحث

أهمية البحث :

إن مشكلة تعاطى المخدرات وإدمانها من أكثر المشكلات الاجتماعية خطورة وتأثيراً على تقدم مجتمعنا ورقية كما وكيفاً. وتستنفذ هذه المشكلة معظم طاقات الفرد والمجتمع وامكانياتهما. والبحث الحالى يهدف إلى ما يلى:

 ١٥ - دراسة آبيئة آلكدمن الاجتماعية والتعرف على ما يعتريها من قصور اجتماعي وما يتعرض له المدمن من ضغوط اجتماعية تدفعه الى تعاطى المخدرات ومن ثم إدمانها.

٧ - التعرف على السمات الشخصية الميزة لمدمن المخدرات.

٣ - التعرف على آثار الإدمان للمخدرات على شخصية الفرد وقواه العقلية وسلوكه.

٤ - التعرف على السن التي تبدأ عادة فيها عملية الإدمان.

.٥ - التعرف على أكثر المخدرات إدماناً في المجتمع المصرى.

 اشباع الحاجة الملحة لمجتمعنا السكندري بصفة خاصة والمصري بصفة عامة لدراسات وبحوث توضع هذه العملية من الناحية النفسية والاجتماعية.

٧/٧ - توجيه النظر الى أكثر أحياء الإسكندرية اشتهاراً بإدمان المخدرات والاتجار فيها.

مخديد مشكك البحث:

إن الباحثة في هذا البحث بصدد تناول مشكلة الإدمان من النواحي النفسية والاجتماعية الدافعة والمؤدية الى انتشار هذه المشكلة، ولم تركز على دراسة مخدر بعينه او أثاره وإنما ركزت على أهم عنصر مؤثر في هذه المشكلة ألا وهو المدمن نفسه. فركزت على دراسة السمات الشخصية

للمدمن والتفسيرات النفسيه لعملية الإدمان، وكذلك سمات بيئة المدمن الاجتماعية وظروفة وكل ما دفعه الى تعاطي المخدر، فالباحثة هنا تحدد المشكلة في المدمن نفسه وبصورة أكثر وضوحاً سمات المدمن الشخصية والعقلية والظروف الاجتماعية المحيطة به وما أدى إليه الإدمان من تدهور في سلوك الفرد

حدود الدراسة :

تحد هذه الدراسة بالعينة المستخدمة في هذا البحث، وهي من مدمني المخدرات. وعينسة أخرى تقابلها من حيث السن والجنس والمستوى الاجتمارعي من غير المدمنين. كما تحد بالقدرات والسمات التي تقاس بالمقاييس المستخدمة في البحث. وكذلك تحد بالمنهج المستخدم في هذا البحث وهو منهج احصائي وصفى لبيان دلالة الفروق وتفسير النتائج.

متفيرات البحث :

- العصابية:
- توهم المرض.
 - الاكتئاب.
 - الهستريا.
 - السيكوباتية.
- مستوى الطموح.
 - الذكاء.
- المستوى الاجتماعي/الاقتصادي.
 - (a) القدرات الابتكارية:
 - الأصالة.
 - المرونة التلقائية.
 - الاستعمالات.

- الإدمان.
- المادة المخدرة.
 - السلوك.
- Neurosis : العصابية

العصاب اضطراب انفعالي يسبب تصدعاً وصراعاً في العلاقات الشخصية وأهم سماته القلق. (١١)

والعصاب اضطراب وظيفى فى الشخصية يبدو فى صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة منها: القلق والوساوس والافكار المتسلطة ولمخاوف الشاذة والتردد المفرط والشكوك التى لا أساس لها وأفعال قسرية يجد المريض نفسه مضطراً إلى أدائها بالرغم من إرادته (٢) والمرض النفسى هو محاولة شاذة لحل أزمة نفسية مستعصية. إن العصابى لا تكفيه الحيل الدفاعية المعتدلة في خفض ما لديه من قلق، لذا يلجأ إلى الإسراف فيها طمعاً في استعادة توازنه، وليست هذه الحيل المشتطة الا أعراض المرض، ومن الأمراض النفسية الهستريا Hysteria، عصاب القلق أعراض الوسواس وغيرها (٣).

والعصابية مجموعة أعراض نفسية تصحيها أحياناً مظاهر جسمية شاذة ناشئة عن عوامل نفسية كالانفعالات المكبوتة والصدمات والصرع بين الدوافع المتناقضة. والمظاهر الجسمية الشاذة في الهستريا تؤثر على الحالة النفسية وتكون غير ناتجة عن اصابة عضوية، فتعرف بالأعراض

 ⁽١) عبد المنعم الحفتي، ١٩٧٨، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. القاهرة: مكتبة مديولي، ص ٨٢.

⁽٢) أحدد عزت راجع. ١٩٧٥، أفخول علم النفس. القاهرة: المكتب العربي الحديث للطباعة والينشر. ص ٤٧٤.

 ⁽٣) أحمد عزت رابع، ١٩٦٥، الأمراض النفسية والاجتماعية. أسبابها. علاجها وآثارها الاجتماعية. القاهرة: دار الهارف. ص ٦٩.

الوظيفية. ومن أهم الأعراض العصابية، المخاوف المرضية والحصر النفسي والأفكار الثابتة والشك المرضى والحصار (الاندفعات القهربة والافكار المتسلطة)(١) ، وبعد العصاب أيضاً اضطراباً انفعالياً ناتجاً عن حلول غير متسقة للصراعات النفسية اللاشعورية الداخلية، ويتفق معظم المحللين النفسيين مع فرويد في أن العصاب نتاج للتثبيت على النكوص إلى مرحلة من مراحل الجنسية الطفلية، وتتحدد درجة المرض بدرجة تبكير التثبيت أو عمق النكوص. فالصراعات المسبية للعصباب كميا صاغها فرويد في صورة قوى جنسية شبقية تقابل القوى الخاصة بحفظ الذات -Self - pre servative ومن الناحية البنائية فان الصراع العصابي عِكن النظر إليه من خلال كفاح الهو والأنا والأنا الأعلى للاشباع اللاشعوري، وتظهر الاعراض عند العصابيان عند محاولة الأنا كيت الرغبات الغريزية، اذ يحدث أن بكن الأنا ضعيفاً وإن هذه القوى ملحة بحيث تحتفظ بطاقتها الدافعة الر الشعور وينتج القلق من هذا التهديد المستمر للرغبات المكبوتة، كما لو كان اشارة ليحاول العصابي أن بخفي طاقة الدوافع اللاشعورية في صورة أعراض عصابية تعمل نوعاً من المعالجة فهي ترضى كلا من الرغبات المكبوتة والاجهزة الكابتة ويحدث تفريغ جزئي لهذة الرغبات المكبوتة.

ويطلق كل من «روش وزمباردو» Ruch and Zimbard على العصاب فقدان المرح في الحياة، فالعصابى يشعر بالتهديد المستمر في حياته وأنه غير كف، وقد يصل به الأمر في النهابة إلى غط أو اكثر من الاغاط العصابية.

ويرى «كولمان» Colman أن العصاب يتميز بخمس عمليات أساسية قد توجد كلها أو بعضها لدى العصابي وهي:

(أ) تنتاب الفرد مشاعر الدونية وعدم الاتساق الي درجة قد تدفعه

 ⁽١) منير وهيبة، ١٩٩٠، معجم مصطلحات علم النفس. بيروت: دار النشر للجامعيين.
 ص ٩٣٠.

إلى تقييم مشاكله اليومية على أنها مهددة له أو إلى زيادة في ايقاظ مشاعر القلق لديه.

(ب) تحاشى المواقف الضاغطة.

(ج) يظهر الفرد نقصاً مستمراً في الاستبصار بسلوكه الانهزامي مصحوب بجمود عقلي، بحيث يفشل في ادراك الواقع او التعامل معه بطرق أخرى.

- (د) تمركز العصابي حول ذاته وصعوبة تكوين علاقات مع الآخرين.
 - (هـ) تولد مشاعر الاحساس بالذنب لدي العصابي.

وقد حدد كولمان Colman أنواع العصاب على النحو التالي:

١ - القلق..

٢ - المخاوف الشاذة.

٣ - الهستريا وتحتوى على نمطين:

- غط تحولي.

غط غير ترابطي (١).

وترى الباحثة أن العصابية هى اضطرابات تنتاب الفرد وتتميز بالدونية وعدم الاتساق والقلق والسلوك الانهزامى وتجنب المواقف الصعية أو الضاغطة والتمركز حول الذات وشدة الاحساس بالذنب وعدم المرح والانقباض.

وقد استخدمت الباحشة اختبار الشخصية المتعدد الأوجه لقيساس العصابية متمشلاً في مقاييسه الثلاثة الخاصة بمثلث العصابية وهي: توهم المرض، الهستريا، الاكتئاب(٢).

 ⁽١) فاروق عبد السلام، ١٩٨١، بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية المتعلقة بالإدمان –
 رسالة دكتوراه (غير منشورة) – كلية التربية – جامعة الأزهر. ص ١٠٤.

 ⁽٢) لويس كامل مليكة، محمد عماد الدين اسماعيل، عظية محمود هنا، ١٩٧٤.
 تعليمات الشخصية المتعدد الأوجه. القاهرة: النهضة الصرية. ص. ٤٧.

تعريف الاعصبة المناسة:

Hypochondria, Hypochondrasis : توهم المرض - ۱

وهد اهتمام الفرد المفرط والمتواصل بحالته الجسمية أو صحته الانفعالية، ويصحب ذلك شكوى منن آلام جسمية متعددة دون وجود دليل عضوى واضح (۱) وقد أخذت الباحثة في تعريفها الإجرائي لتوهم المرض بالتعريف الذي وضع في المقياس المستخدم في الدراسة (مقياس توهم المرض من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه). وقد عرف هذا المقياس توهم المرض بأنه الاهتمام الزائد بالوظائف الجسمية والقلق – الذي لا يستند الى سبب – على الصحة فيشكو الفرد غالباً من آلام واضطراب يصعب تبينها، ولا يوجد لها أساس عضوى واضح، ومن خصائص المتوهم للمرض أن يكون ناقص النضج في معالجته لمشكلات الراشديس ولا يستجيب لها بالاستبصار الكافي (۱).

Depression : الاكتئاب - ۲

وهو حزن أو كآبة مرضية، وهمة مثبطة، ومزاج سوداوى. ويختلف هذا المرض عن الحزن العادى الذى يتميز بالواقعية وتناسبه مع قيمة ما فقده الشخص (٣١). ومن سمات الاكتئاب صعوبة فى التفكير وضيق يصيب النفس، وكساد فى القوى الحبوية والحركية وهبوط فى النشاط الوظيفى، وقد يكون له أعراض أخرى كتوهم المرض، وأوهام اتهام الذات، وتوهم الاضطهاد والهلوسة والاستثارة ومن أخطر سماته الميل للانتحار 1).

⁽١) محمد حلمي الملبجي،١٩٨٤ سيكولوچية الابتكار. الإسكندرية: دار المعارف.ص ٢٣٨.

 ⁽٣) لويس كامل ملبكة، محمد عماد الدين استاعيل، عظية محمود هنا، ١٩٥٩، الشخصة وقياسها. القاهوة: النهضة المصرية. ص ١٥٢٠.

 ⁽٣) محمد حلمي المليجي، ١٩٨٤، علم النفس المعاصر. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
 ١٥٣٠.

 ⁽٤) عبد النفسي، القاهرة: موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. القاهرة: مكتبة مديولي. ص ٢٠٦.

وقد أخذت الباحثة في تعريفها الإجرائي للاكتئاب بالتعريف الذي وضع في المقياس المستخدم (مقياس القلق في اختيار الشخصية المتعدد الارجه) والذي عرف الاكتئاب بأنه انخفاض الروح المعنوية مع الشعور باليأس والعجز عن النظر الى المستقبل نظرة عادية متفائلة، نقص في الثقة في النفس، ونزعة إلى القلق وضيق في الاهتمامات وانطواء (١١).

Hysteria : الهستريا - ٣

مرض نفسى ينتج عن صراع انفعالى، ويتميز عادة بنقص النضج والاندفاع، وجذب الانتباه، والاعتصاد على الغير، واستخدام الحيل الدفاعية الخاصة بالتحويل والتفكك. ومن الناحية الكلاسيكية يتضح بأعراض جسمية مؤثرة تشمل العضلات الارادية مشل (الشلل الهستيرى) أو أعضاء حواس معينة مثل (العمى الهستيرى) (٢) والهستريا عصاب من سماته البارزة القابلية للإيحاء والتقلب الانفعالى وضعف الشحنة الوجدانية وتفكك محتوى الشعور، وينشأعن صراع بين الذات الشاعرة والرغبات اللاشعورية المكبوتة، ويودى هذا الكبت إلى ظهور أعراض تعويضية ترضى الرغبات اللاشعورية بطريقة رمزية، ويعتبر العرض تعويضية ترضى الرغبات اللاشعورية بطريقة رمزية، ويعتبر العرض الهستيرى على الرغم من شذوذه ضربة من ضروب التكيف الناقص (٢)

وقد أخذت الباحثة في تعريفها الاجرائي للهستريا بالتعريف الذي وضع في المقياس المستخدم في الدراسة (مقياس الهستريا في اختيار الشخصية المتعدد الأرجه) والذي عرف الهستريا اضطراب يأخذ صورة شكاوي منتظمة أو شكاوي أكثر تحديداً وتخصيصاً مشل الشلل والتقلصات

 ⁽١) ثريس كامل مليكة، محمد عماد الدين اسماعيل، عطية محمود هنا، ١٩٥٩، الشخصية وقياسها. القاهرة: النهضة الصرية. ص ١٥٤٤.

 ⁽۲) محمد حلمي الملبجي، ۱۹۸٤، سيكولوچية الابتكار. الإسكندرية: دار المعارف. ص
 ۱۹٤٠.

 ⁽٣) منير وهيبة، ١٩٩٠، معجم مصطلحات علم النفس. بيروت: دار النشر للجامعيين.
 ص ١٠٠.

والاضطرابات المعويمة والأعراض القلبيمه وبوبات مفاجئة من الضعف والاغماء أو ما يشبه نوبات القلق.

ويحتمل أن المريض بالهستريا قد يلجأ إلى حل المشكلات التي تواجهه عن طريق هذه الأعراض^(١).

السيكرباتية : Psychopathy

الشخصية السيكوباتية يسيطر عليها سلوك لا أخلاقى أو مضاد للمجتمع، ويتميز بالاندفاع المتأثر بنزوات الفرد، الذى لا يراعى المسئولية في أفعاله التي تشبع اهتماماته المباشرة والنرجسية دون اعتبار للنتائج الاجتماعية الواضحة والمتضمنة التي يصاحبها دليل خارجى ضئيل على القلق أو الذنب^(۱)، والشخصية السيكوباتية شخصية مريضة نفسياً، تتسم بعدم النضج الاتفعالى لنشأتها في بيوت باردة انفعاليا، وضعف بناء الشخصية، بسبب التدليل المفرط بخيث لا يتعلم الفرد من طفولته قمع رغباته فيثبت عند مستوى طفلى من التمركز حول الذات، أو لعدم توفر التعيين بأغاط اجتماعية مقبولة (١٠).

والشخص السيكوياتي يوجد اهتمامه بصورة غير طبيعية الى الحاضر، ويقصر دون ادراك تأثير أعماله على الآخرين، فالشخصية السيكوباتية لا تستفيد من التجربة سيئة التوافق مع المحيط الذي تعيش فيه. قاصرة على ادراك صلتها بالقانون الاجتماعي والناس الذين حولها والشخصيات السيكوباتية هم الذين نرى منهم ما يسمى بالمجرم العائد، وهم عادة

 ⁽١) لويس كامل مليكة، محمد عماد الدين اسماعيل، عطية محمود هنا، ١٩٥٩، الشخصية وقياسها. القاهرة: النهضة الصرية. ص ١٥٥٠.

⁽٢) محمد حلمي المليجي، ٩٨٤ ، سيكولوچية الابتكار. الإسكندرية: دار المعارف. ص٧٣٩.

 ⁽٣) عبد المنعم الحقني، ١٩٧٨، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. القاهرة: مكتبة مديولي. ص ١٨١.

أشخاص مصابين بالفجاجة العاطفية والعقلية وعدم النضج الاخلاقي مع نقص ملحوظ في سلامة التقدير والحكم على الأمور مع قلة التبصر في العواقب وضعف القدرة على الاستفادة من التجارب. وهم عادة عصبيوا المزاج سريعوا الغضب والانفعال ولا يقوون على ضبط أنفسهم فيفلت منهم الزمام ويتورطون في الجرية. ولا يشترط أن يكون مستوى الذكاء للديهم أقل من المستوى الطبيعي في بعض الحالات (١١).

ويعسرف دصيرى جرجس» السيكوباتية بأنها: اضطراب خطير في الشخصية ينعها من التكامل او يشوه علاقة الفرد بالعالم الخارجي، ويصدر هذا الاضطراب عن قصور في غو الأنا والأنا الاعلى يلازم القرد منذ نشأته أو بظهر في سن مبكرة لا تتجاوز البلوغ، فيعجزه عن تمثيل الزمن كخبرة حتمية وعن إدراك المعنى في الحياة والعلاقات الانسانية، وتبدو مظاهر القصور في سلوك لا اجتماعي أو مضاد للمجتمع يتميز بالاندفاع وبأولوبة القيم القصيرة الأجل، واتباع مبدأ اللذة عما يجعل صاحبه عاجزاً عن الافادة من التجربة ومن ثم عن التكيف مع البيئة الاجتماعية ولا تجدى معه وسائل العلاج أو وسائل الردع.

ويرى كان Kahn أن السيكوباتيين هم أولئك الذين يتميزون بانحرافات في المزاج والأنا والخلق.

ويسرى «شنبدر» أن السيكوباتية هي تلك الشخصية التي يعاني صاحبها والمجتمع من عدم سوائها (٧).

وقد أُخذت الباحثة في تعريفها للسيكوباتية بالتعريف الذي وضع في القياس المستخدم في هذه الدراسة(مقياس السيكوباتية في اختبار الشخصية

 ⁽۱) متير وهبية، ۱۹۹۰، معجم مصطلحات علم النفس. بيروت: دار النشر للجامعين.
 س ۱۲۰،

⁽٢) صيري جرجس، ١٩٥٧، مشكلة السلوك السيكوباتي. القاهرة: دار المعارف. ص ص ٥٦ - ١٢.

المتعدد الاوجه والذي عرف السيكوباتية بأنها: نقص الاستجابة الانفعالية وعدم القدرة على الافادة من الخبرة، وعدم المسالاة بالمعايير الاجتماعية وإلحاق الضرر بالفرد والمجتمع والمعايير الاجتماعية. وتتسم الشخصية السيكوباتية بالكذب والسرقة والإدمان على المخدرات والكحوليات والشدوذ الجنسى وارتكاب الأفعال الاجرامية، دون تفكير في كسب محتمل لأنفسهم أو دون تجنب اكتشاف امرهم (١١).

≥ مستوى الطموح:

ظهر لأول مرة استخدام اصطلاح مستوى الطموح فى الدراسة التى قام pape عن النجاح والقشل والتعويض والصراع. وقد كانت الاتجاهات الغالبة للعلماء الذين درسوا مستوى الطموح تنحو نحو تعريفه على أساس شرح العملية التى تكشف عنه من حبيث الأداء العملى ووصف السلوك بصرف النظر عن توضيح ماهيته، وقد يرجع هذا فى الواقع إلى كثرة العوامل المتدخلة فى طبيعته.

وفيما يلى عرض للاتجاهات المختلفة في تعريف مستوي الطموح وطبيعته، ثم توضيح التعريف الذي سوف تلتزم به الباحثة في بحثها:

ی تعریف هویی (۱۹۳۰) : Hobey

يعتبر هوبى Hobey أول من عرف مستوى الطموح فى مجال دراسته عن علاقة النجاح والفشل عستوى الطموح حيث عرف بأنه «أهداف الشخص أو غاياته أو ما ينتظر منه القيام به فى مهمة معينة».

≥ تعریف فرانك (۱۹۳۵) : Frank

وقد عرفه فرانك (Frank (۱۹۳۵ بأنه « مستوى الاجادة المقبل في واجب مألوف يأخذ الفرد على عاتقه الوصول إليه بعد معرفة مستوى

 ⁽١) لويس كامل مليكة، محمد عباد الدين اسماعيل، عطية محمود هنا، ١٩٥٩، الشخصية وقياسها، القاهرة: التهضة الصرية. ص ١٥٨.

اجادته من قبل فى ذلك الواجب ». وقد أوضح فرانك أن سلوك مستوى الطموح مميز للشخصية وثابت ثباتاً نسبياً. ويعتبر هذا التعريف قاصراً عن توضيح معنى مستوى الطموح ومفهومه.

س تعریف جاردنر (۱۹٤۹) : Gardner

وقد حدد جاردنر مستوى الطموح بأنه «القرار أو البيان الذي يتخذه الفرد بالنسبة لأدائه المقبل».

س تعریف مورتون دوتش (۱۹۵٤) : Morton Dotch

ولا يختلف تعريف دوتش عن تعريف فرانك بأن مستوى الطموح هو الهدف الذى يعمل الفرد على تحقيقه حيث كان نص تعريف دوتش لستوى الطموح بأنه «الهدف الذى يعمل الفرد على تحقيقه، ومفهوم مستوى الطموح يكون له معنى أو دلالة حين نستطيع ان ندرك المدى الذى اتحقق عنده الاهداف المكتة»

س تعریف دریثر (۱۹۵۲) : Drever

مستوى الطموح هو «الإطار المرجعي الذي يتضمن اعتبار الذات أو هوَ المستوى الذي على أساسه يشعر الفرد بالنجاح أو الفشل».

س تعریف ایزنك (۱۹۶۵) Eysénck : (۱۹۶۵)

لم يعرف ايزنك Eysenck مستوى الطموح، ولكنسه عرف الطموح بأنه «المبل إلى تذليل العقبات وتدريب القوة، والمجاهدة في عمل شئ بصورة سريعة وجيدة لتحقيق مستوى غال مع التفوق على النفس».

س تعریف راجع (۱۹۹۸) :

عـرف راجـح مستـوى الطمـوح باعتبـاره دافعاً اجتماعيـاً فرديـاً بأنه «المستوى الذى يرغب الفـرد فى بلوغـه أو يشعر أنه قادر على بلوغه وهو يسعى لتحقيق أهدافه فى الحياة وانجاز أعماله البومية».

طبيعة مستوى الطموح :

۱- مستوى الطموح باعتباره استعداداً نفسياً، والمقصود بالاستعداد النفسى بالنسبة لمستوى الطموح، أن بعض الناس عندهم الميل إلى تقدير وتحديد أهدافهم فى الحياة تقديراً يتسم بالطموح الزائد أو الطموح المنخفض. فمستوى الطموح لدى كمل فرد يتأثر بالعوامل التكوينية، وعوامل التدريب، والتربية والتنشئة المختلفة.

 ٢ - مستسوى الطنسوح باعتباره وصفاً لإطبار تقديس وتقويم المواقف ويتكون هذا الأطار من عاملين أساسيين:

(أ) التجارب الشخصية من نجاح وفشل التي يمر بهما القرد والتي تعمل على تكوين أساس يحكم به على مختلف المواقف والأهداف.

(ب) أثر الظروف والقيم والتقاليد والعادات واتجاهات الجماعة في تكوين مستوى الطموح. ومن ثم ينظر الفرد إلى المواقف والأهداف ويقدرها من خلال هذا الإطار الحضاري العام والتجرية الشخصية الخاصة.

٣ - مستوى الطموح باعتباره سمة، ويكن القول أن مستوى الطموح يكن ان يكون سمة على أساس أنه استعداد عام أو صفة سلوكية ثابتة نسبياً، تتأثر بالدى الفرد من استعدادات فطرية ومكتسبة، وما لديه من عادات وأساليب سلوك إلا أنها من ناحية أخرى تتأثر بالمواقف المختلفة في المجال السلوكي. أي أننا لا نتوقع أن يكون مستوى الطموح سمة عامة ثابتة في كل المواقف والظروف(١٠).

وبالتالي عكن للباحثة أن تستخدم التعريف التالي كتعريف لستوى الطوح في بعثها وهو «مستوى الطوح سمة ثابتة نسبياً تفرق بين الأفراد

 ⁽١) كاميليا عبد الفتاح ، ١٩٧٢، مسترى الطموح والشخصية.القاهرة: مكتبة القاهرة الحديثة. ص ص ٧ ~ ١٢.

نى الوصول إلى مستوى معين يتفق والتكوين النفسى للفرد وإطاره الرجعى ويتحدد حسب خبرات النجاح والفشل التي مربها «(١). وهذا هو التعريف الذي بنى عليه استبيان مستوى الطموح المستخدم في الدراسة الحالبة (٢).

الذكاء : Intelligence

هو قوة عقلية تدفع للسير بنجاح في شئون الحياه، ومن مظاهر القدرة على حل المشكلات الجديدة بما استفاده الانسان من التجارب السابقة. وباستعراض التعريفات المختلفة التي قيلت عن الذكاء يتضح أن الذكاء ليس وظيفة بسيطة أو ملكة مستقلة بل هو وظيفة تأليفية تتكامل فيها عدة مقومات عقلية وارادية وأجتماعية.

ويعرف «استدارد »Staddard الذكاء بأنه القدرة على القيام بأعمال قيزها الصفات الآتية: «الصعوبة، التعقيد، التجريد، الاقتصاد، ملائمة الهدف، القيم الاجتماعية، الابتكار».

ويعرف «شترن» Stern بأنه القدرة العقلية على التكيف للمواقف الجديدة أو القدرة على التصوف وقد أخذ بهذا التعريف كمل من «بيرت» Birtner .

وعرفه « بينيه» Binnet بأنه القدرة على التكيف والانتباه الإرادي، وأنه كذلك القدرة على الادراك والابتكار والاتجاه (٣).

وقد عرف« تيرمان «Terman الذكاء بأنه «القدرة على التفكير المجرد ».

 ⁽١) كاميليا عبد الفتاح، ١٩٦١، الانزان الانفعالي وعلاقته بستوى الطموح. رسالة ماچستير - كلية الآداب - جامعة عين شمس. ص ٦٣.

 ⁽۲) كاميايا عبد الفتاح، ۱۹۷۵، كراسة تعليمات استبيان مستوى الطعوح. القاهرة: النهضة المصرية ص ٣.

 ⁽٣) منير وهيبة، ١٩٩٠، معجم مصطلحات علم النفس. بيروت: دار النشر للجامعين. ص
 ٧٣.

اما «ديربورن» Dearborn عيزكد انه «الاستعداد للتعلم» ويرى «كولڤين» Colvin أنه «التكيف مع البيئة»

ومن احد الأشياء العظيمة التي أسهم بها بينيه Binnet هو إحلال فكرة الوظائف المنفصلة بمفهوم الذكاء العام (١١

ومن التعريفات السابقة نجد أن الذكاء تكوين أو مركب مجرد، فنحن لا نستطيع تعريف ما هو، لكن نستطيع تحديد ما يتضمنه وما يميزه، وقد قكن علماء النفس حديثاً من الحصول على اختبارات تشخيصية تعطى معلومات عن المظاهر المميزة للقدرة، ويختلف تعريف الذكاء من اختبار إلى آخر الى الحد الذى دعا البعض إلى تعريف الذكاء على أنه ما يقيسه اختيا، الذكاء على أنه ما يقيسه اختيا، الذكاء (٢٠).

والباحثة بصدد تعريف الذكاء تلتزم بالتعريف الذي بنى عليه الاختبار المستخدم في الدراسة، اختبار الذكاء المصور، ويعرف الذكاء بأنه القدرة على التصنيف وتحديد علاقة التشابه بين الأشكال المختلفة، وهو يقيس القدرة العقلية العامة معتمداً على ادراك العلاقة بين مجموعة من الاشكال وانتقاء الشكل المختلف بين وجدات المجموعة (٣).

■ المستوى الاجتماعى - الاقتصادى : Socio - economic level وهو المستوى الذي يقيس وضع الفرد في الأبعاد التالية:

- درجة تعليم الفرد،

~ مهنة الفرد.

 ⁽١) محمد حلمي المليجي، ١٩٦٩، القياس السيكولوچي في الصناعة. القاهرة: دا المرفة الجامعية، ص ٣٩.

 ⁽۲) لويس كامل مليكة، ۱۹۸۰، علم النفس الاكليتيكي - الجزء الأول - القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب. ص ۱۳۱

 ⁽٣) أحمد زكي صالح، ٩٧٥٠ كراسة تعليمات اختبار الذكاء المصور. القاهرة: المطبعة العالمة ص. ٤.

- درجة تعليم الوالدين.
 - وظيفة الوالدين.
 - عدد أفراد الاسرة.
 - الحالة السكنية.
- دخل الفرد (الأسرة) الشهرى بالجنيه المصرى.

وقد استخدمت الباحثة استمارة صممتها خصيصاً لقياس المستوى الاجتماعي/الاقتصادى وقامت بتقنينها وستعرض لها فيما بعد.

■ التفكير الابتكاري: Creative Thinking

ينظر إلى مرهبة الابتكار ذاتها كسمة موزعة توزيعاً اعتدالياً، كما ينظر إليها البعض على أنها استعداد قطري لدى الشخص، ويراها البعض الآخر عملية سيكولوچية، وثعة قريق يعتبرها أسلوب حياة. وقد وصفت سمة الابتكار بأنها تلك الموهبة التي تؤدي إلى التجديد في العلم، والأداء في الفنون الجميلة أو الأفكار الجديدة.

ويعرف وشتاين» Stien الإبداع بأنه وعملية تنتبج عنها عمل جديد يرضى جماعة ما ، أو تقبله على أنه مفيد».

وقد عرف «كلويفر» Klopfer الإبداع بأنه «استعداد الفرد لتكاميل القيم والحوافز الأوليسة Archaic بداخيل تنظيم الذات والقيم الشعورية، وكذلك تكامل الخبرة الداخلية مع الواقع الخارجي ومتطلباته (۱۱).

ويرى «فروم» (٩٩٥٩) From أن الابتكار بمعنى خلق شئ جديد، شئ يكن أن يراه ويسمعه الآخرون كأن يكون تصويراً أو نحتاً أو موسيقى أو شعراً أو رواية. ويضيف «فروم» إلى كل ذلك محدداً معنى الابتكار

 ⁽١) محمد حلمي الملبجي، ١٩٨٤، سيكولوچية الابتكار. الإسكندرية: دار المعارف. ص
 ١٢٠ - ١٢٠.

عندما يقول «إن الابتكار على وجه العموم هو القدرة على أن ترى وتتجاوب».

ويرى «روجسرز» (Rogeress () 404) «إن المظاهر الهامة لتنظيم الشخصية التي تساعد على التنبؤ الصحيح بالانتاج الابتكاري هي نفسها علاقة الشخصية المتكاملة القادرة على التفاعل السوي مع البيئة»، فالشخص المبتكر هو الشخص الناضج انفعالياً، وهو الذي يشعر بالألفة في العالم الذي يعيش فيه، كما يشعر في الوقت ذاته بالوئام مع نفسه ويعرف «روجرز» Rogeress الابتكار بأنه «انتاج جديد نسبياً، نابعاً من فردية الشخص من جهة ومن المواد والحوادث والناس أو ظروف المياة المختلفة من جهة أخرى». ويؤكد روجرز على أن الانتاج الابتكاري لابد أن يعظى بقبول الجماعة ورضاها في حقية زمنية معينة.

ويرى «ماسلو» (١٩٥٩) Mizlo (الشخص المبتكر يستطيع أن يحيا متعاوناً على أساس المساهمة المتبادلة مع الآخرين ويجد في ذلك إرضاء لحاجاته العديدة وتحقيقاً لتطلعاته في داخل هذا الإطار.

ويرى «الملبجي» (١٩٦٨) أن الابتكنار هـ و عمليـة تفكير من شأنها أن تحل مشكلة ما بطريقة أصيلة ومفيدة.

ويقدم «عبد السلام عبد الغفار » (١٩٦٤) تعريفاً للابتكار مؤداه: «إن الابتكار هو عملية يحاول فيها الانسان أن يحقق ذاته وذلك باستخدام الرموز الداخلية والخارجية التي قمل الأفكار والناس، وما يحيط بنا من مثيرات لكي ينتج انتاجاً جديداً بالنسبة إليه أو بالنسبة لبيئته، على أن يكون هذا الانتاج نافعاً للمجتمع الذي نعيش فيه» والمتأمل لهذا التعريف يجدو يحتوى على عناصر هامة تتدخل في العملية الابتكارية هي:

 ان الابتكار يرمز إلى عملية معينه ينتج عنها شئ ملموس (وهو ما يسمع أو يرى).

- ٢-الابتكار له هدف معين، وهو اشباع حاجة المبتكر إلى تحقيق الذات
 (على اعتبار أن تحقيق الذات هو أسمى هدف يمكن أن يحققه الانسان).
- ٣ -إن وسيلة الشخص للوصول إلى هدفة هو استعمال الرموز الداخلية والخارجية التي قمل الأفكار والمثيرات الخارجية.
- ع ومن خلال استعمال هذه الرموز يصل إلى انتاج جديد، قد يكون الانتاج جديداً بالنسبة إلى الفرد، وقد يكون جديداً بالنسبة إلى جماعته وفى الحالتين الانتاج ابتكارى.
 - ٥ يجب أن يكون الانتاج وظيفياً ونافعاً بحيث يسد فراغاً معيناً.
 - ٦ هذا الفراغ إما أن يشعر به الفرد أو تشعر به الجماعة.
- ومن العوامل العقلية التي لها أهمية في العملية الابتكارية كما أرضحها «چيلفورد» (١٩٥٧) ما يلي:
- الماسية للمشكلات: Sensitivity to problem وهي تشير إلى قدرة الفرد لأن يرى أن موقفاً معيناً ينطوى على عدة مشكلات تحتاج إلى حل.
- Y الأصالة: Originality وهي القدرة على سرعة انتاج أكبر عدد من Association Remote غير المباشرة Purally الاستجابات ذات الارتباطات البعيدة غير المباشرة Clever بالموقف المثير، أو استجابات تتميز بالمهارة -ness.
- ٣ الطلاقة الفكرية: Idealional fluency وهي القدرة على سرعة
 انتاج أكبر عدد محكن من الافكار التي تنتمي إلى نوع معين من الأفكار
 التي تحددها بنود الاختبار.
- المرونة التلقائية: Spontaneous Flexibility وهى القدرة على سرعة انتاج أكبر عدد محكن من أنواع مختلفة من الأفكار التي ترتبط موقف معن.

وقد أكدت هذه العوامل مجموعة من الدراسات الأخرى: دراسة چيرى، وديبووتورنس (۱۹۵۹)، ودراسة لونفيلد (۱۹۵۹)، ودراسة ماكينون (۱۹۷۳)، دراسة اندروز (۱۹۲۸)، رونالد (۱۹۷۰)، دراسة Ocry, Dembo, (۱۹۷۰)، رونالد (۱۹۷۰). Torance, 1959, Lounfield 1959, Mackinnon, 1967, Andrews 1968,

والتفكير الابتكارى في هذا البحث مرتبط بالتعريف الذي بني عليه الاختبار المستخدم في البحث وهو يرى أن التفكير الابتكارى «هد قدرة الشخص على إعطاء أكبر عدد من الأفكار المتنوعة والتي تتميز بالأصالة والمرونة والطلاقة بالنسبة للشخص المبتكر نفسه أو بالنسبة لجماعته أو ثقافته».

/ ويتضمن هذا التعريف المكونات الرئيسية للابتكار:

Fluency : الطلاقة

وهي القدرة على استدعاء أكبر عدد ممكن من الأفكار المناسبة في فترة زمنيية محددة لمشكلة أو موقيف مثير وينصب الاهتمام هنا على عدة الأفكار أو الكم Quantity بغض النظر عن نوع الافكار أو الكم Quantity بغض النظر عن نوع الافكار أنها القدرة على الباحثة مقياس الطلاقة الفكرية والذي يحددها على أنها القدرة على سرعة انتاج أكبر عدد ممكن من الأفكار التي تنتمي إلى ندوع معين من الأفكار التي تخدها بنود الاختبار.

Flexibility : المرونة - Y

وهى القدرة على انتاج استجابات مناسبة لمشكلة أو موقف مثير، وتتسم بالتنوع، وبمقدار زيادة الاستجابات الفريدة الجديدة تكون زيادة المونة، وتستخدم الباحثة اختيار المونة التلقائية والذي يحددها على

 ⁽١) سيد صبحي، ١٩٧٥، دراسات وبعوث في الشخصية - القاهرة: عالم الكتب. ص ص
 ١٧ - ١٩٠.

أنها القدرة على سرعة انتاج اكبر عدد ممكن من أنواع مختلفة من الافكار التي ترتبط بموقف معين يحدده الاختبار.

۳ - الأصالة: Originality

وهى القدرة على انتاج استجابات أصيلة أى قليلة التكرار بالمعنى الاحصائي داخل الجماعة التى ينتمى إليها الفرد، أى أنه كما قلت درجة شيرع الفكرة زادت درجة أصالتها، وتستخدم الباحثة مقياس المترتبات والذى يعرف الأصالة بأنها «القدرة على سرعة انتاج أكبر عدد من الاستجابات ذات الارتباطات الغير مباشرة البعيدة Remote Association بالمرقف المثير».

وتلتزم الباحثة بالتعريفات التى وضعها الاختبار لتعريف القدرات المقاسة.

🕳 الإدمان : Addiction

عندما نحاول تحديد مفهوم الإدمان نجد بعض الصعوبة فى ذلك، الأن مفهوم الإدمان يختلف من الناحية اللغوية فهناك من يقول الإدميان مفهوم الإدمان يختلف من الناحية اللغوية فهناك من يقول الإدميان Addiction او الستعمال الخاطئ Misuse أو الاستعمال الخاطئ Dependence او الاستعمال غير الطبى Complusive use وكذلك تعنى كلمة إدميان أشيباء الاستخدام القهرى Complusive use وكذلك تعنى كلمة إدميان أشيباء كثيرة مختلفة لأناس مختلفين، فرجال القانون، ورجال الطب النفسى، وعلماء الأدوية، وعلماء الاقتصاد، وعلماء الاجتماع، كل منهم يعرفها بطريقة مختلفة فالإدمان بالنسبة للطبيب مشكلة صحة عامة من حيث أنه يؤدي إلى أمراض جسمية كثيرة بالكبد والجهاز المعوى والكلى والجهاز التناسلي. وبالنسبة لرجال القانون التنفسي والجهاز الهضمي والجهاز التناسلي. وبالنسبة لرجال القانون عتبر خوج عن القانون ويستوجب العلاج، وبالنسبة لرجال الطب النفسي فهو إعتماد عن القانون ويستوجب العلاج، وبالنسبة لرجال الطب النفسي فهو إعتماد

قهرى على سموم يستوجب العلاج للتخلص منها، كما يعتبره الطبيب النقسى أنه عبارة عن حالة عقلية تنتاب أغاطاً معينة من الناس لهم شخصية معتلة. وبالنسبة لرجال الاقتصاد فالإدمان عبارة عن نقص فى الانتاجية وسؤ فى توزيع الدخل وتعطيل للقوى البشرية المنتجة. والإدمان بالنسبة لعلماء الاجتماع هو نتاج فقر وبيئات دنيا وضغوط اجتماعية ومسايرة قيم عدائية تجاه المجتمع، والتحصن بنظريات وثقافات اجتماعية منحرفة.

أما الإدمان بالنسبة لعلماء النفس، فهو اضطراب خطير فى الشخصية يجعل الفرد يفضل الاشباع العاجل على الاشباع الآجل، ومشاعر احباط اجتماعي ومعاناة من المرض النفسي، وقلق حاد، واضطراب عقلى لفترة طويلة. فالإدمان مشكلة أساسية من مشاكل الصحة النفسية وسوء التوافق أو هو نوع من حل الصراعات والخلل في الشخصية. أى أن الإدمان شأنه في ذلك شأن المرض النفسي حيث أنه في بعض نواحيه اضطراب وانحراف في الشخصية، كما أن التخلص منه هو إعادة لتنظيم الشخصية أو تقويتها أو زيادة استيصار الفرد بذاته.

ومن الناحية الفارماكولوچية فإن الإدمان مرادف للاعتصاد الفسيولوچى ويقصد بذلك أنه ينتج حالة من التعاطى المتكرر للعقار والتي إذا منعها المدمن نتج عنها اضطرابات فسيولوچية أو ما يسمى بأعراض الامتناع Withdrawal Symptoms وهذه الاضطرابات عادة ما يمكن تفسيرها فارماكولوچيا^{۱۱۲}. وهكذا يمكن أن يختلف تعريف الإدمان حسب التخصص العلمي وثقافة الشخص، فكل منا ينظر إلى المسألة من زاويته الخاصة والتي تختلف من قرد لآخر.ولكن الإدمان عامة يجمع بين الآتي:

> (أ) الاعتباد او التعود (التحسل) Tolerance: ومعناها أن أنسجة

Halback, H., 1973, Defining Durg Dependence and Abuse. Berlin: Federal Republic of Germany. PP 17 - 21.

الجسم تتكيف مع وجود العقار، وتكون في حاجة دائمة لزيادة الجرعة لاحداث نفس التأثير السابق لها المتعود عليه.

(ب) الاعتماد الجسمى Physical dependence: نظراً لتناول العقار بصفة مستمرة فإن وجود العقار بالجسم يصبح ضرورياً لتأدية الوظائف العادية المختلفة، وتحدث مضاعفات جسمية أو نفسية شديدة عند الكف عن تناول هذا العقار.

(ج) أعراض الكف أو الاتسحاب (الامتناع) Withdrawal Symptoms هو التأثير الذى يحدث فى الجسم عند الكف أو إيقاف تعاطى العقار الذى أصبح للجسم اعتماداً كلياً عليه.

(د) الاعتماد الفسيولوچي :hysiological dependence الارتباط بتناول العقار والذي ينشأ من قدرة العقار على إرضاء حاجة عاطفية أو نفسية لفرد ما، وهذا الإرتباط لا يستلزم اعتماداً جسمياً على الرغم من أن الاعتماد الجسمي يمكن أن يقوى الاعتماد الفسيولوچي.

(ه) التعود: Habituation، وهو الحالة التي فيها يرغب الشخص أو يتعود على عقار ما ولكنه لا يرتبط معه باعتماد جسمي(١).

ويرى وسولتمان» (۱۹۷۰ Soltman (۱۹۷۰) وتفاقاً مع ووكلر» (۱۹۹۳) Wikler أن الادمان يعنى الحاجة الجسمية والنفسية للعقار، بحيث يشعر المدمن برغبة ملحة وقهرية للعقار، ويضطر إلى أن يزيد الجرعة حتى يحصل على نفس التأثير المطلوب، ويعانى المدمن من اضطرابات تسمى أعراض الانسحاب، وعادة ما يضر نفسه والمجتمع فى حالة استمراره فى تعاطى العقار (۲).

⁽¹⁾ World Health Organization, 1970, Expert Committe on Durg Liable to Produce Dependence, Techn. R. Ser. No. 312. Geneva: W.H.O.

⁽²⁾ Saltman, Jules, 1970, What We can do About Durg Abuse, New York: Harvard University. P 78.

وقد مبر «سميت» (۱۹۷۱) Smith بين ثلاث مراحل من الاستخدام لمعقار، فهو يرى أن هناك سؤ استخدام يرجع الى رغبة القرد للتجريب وحب الاستطلاع، ثم سؤ استخدام دورى بقصد الترفيه والتسلية، ثم الإدمان وهو سؤ الاستخدام القهرى Complusive للعقار (۱).

وهناك تعريف بأن الإدمان هو المداومة على تعاطى مواد معينة أو القبام بنشطات معينة لمدة طويلة، بقصد الدخول في حالة من النشوة واستبعاد الحزن والاكتئاب وإدمان المخدرات عرض لاضطراب أساس في الشخصية ، والإدمان الحقيقي معناه أن فسيولوچيا الجسم قد تغيرت بالتعاطى المتكرر، فإذا انقطع التعاطى ظهرت في الحال أعراض الانقطاع (٢).

ويرى معظم المهتمين بدراسة وتعريف الإدمان أن من خصائص الإدمان الأتى:

 زيادة في الطاقة والتحمل Tolerance أو نقص الآثار لنفس الجرعة المعطاة من المخدر، وهذا يدفع بعض الأفراد لأن يزيدوا من الجرعة لكى يحصلوا على نفس الأثر للجرعة الاولى.

■ الاعتماد الجسمي Physical depence تغير الحالة الجسمية أو التوازن الجسمي الذي يحدث من استخدام المخدر لمدة طويلة من الزمن، وهذه هي الأساسيات في استخدام المخدر لتجنب الآلام والمضايقات من منع المخدر.

■ الرغبة Desire رغبة الفرد القوية أو الحاجة للاستمرار في أخذ المحدر والحصول عليه بأية وسيلة.

■ الاعتماد النفسيPsycholoigical Dependence على المخدر، متضمناً احلال المخدر لأنواع أخرى من السلوك التكيفي.

⁽¹⁾ Smith H. D., 1977, "Drug Use and Abuse". In: Ruch and Zimbardo (eds) Psychology and Life, New York, Grow Hill Book, (Co. INC). P 98.

⁽٢) سعد حلال، ١٩٦٨، أسس علم النفس الجنائي، القاهرة: دار المعارف. ص ٢٤١.

■ المبل الى العودة (النكوص Relapse) حتى بعد فترة طويلة من المخدر (١).

وقد أضافت منظمة الصحة العالمية (١٩٦٩). W. معنسى آخر للإدمان أسمته بالتبعية للعقاقير وعرفته بأنه حالة نفسية وأحياناً جسمية ناتجة عن التفاعل ما بين جهاز الجسم الحى، وعقار ما. وتتسم هذه الحالة بتغيرات وانفعالات تنطوى دائماً على تعاطى العقبار بصورة مستمرة ومتتالية وذلك بغية إعادة توفير الآثار البدنية، وأحياناً لتلاقى العناء الذي يورثه الحرمان، وقد يخضع الفرد لتبعية أكثر من عقار.

■ التبعية التفسية:وهى أن يثير المخدر شعوراً بالارتياح ودافعاً مادياً لتعاطى المخدر بصورة رتيبة ومستمرة وذلك للحصول على متعـة أو لتلاني مشاعر مكروهة.

■ التبعية البدنية: وهي تطبع يبدو بظهور اضطرابات جسمية عنيفة عندما ينقطع تعاطي المخدر، وتؤلف هذه الاضطرابات أي أعراض الانقطاع مجموعة خاصة من الأعراض الجسمانية والنفسية وهي تختلف تبعاً لنوع المخدر (٢).

وترى الباحثة نتيجة لتعدد التعريفات فى تحديد مفهوم الإدمان الأخذ بالتعريف الذى وضعته منظمة الصحة العالمية W.H.O كتحديد إجرائى لمفهوم الإدمان فى البحث الحالى، وذلك كما صاغته المنظمة وهو كالآتى: «إدمان المخدرات حالة تسمم دورية أو مزمنة تلحق الأذى بالفرد

⁽¹⁾ Kazdine E. A., Bellack A.S., and Micheal Hersen, 1980, New Prespective in Abnormal Psychology, New York; University Press. P 316.

⁽²⁾ World Health Organization, 1969, Expert Commite on Durg Dependence, Sixteen Report-Tech. R. Ser; No. 407. Geneva W H O.

والمجتمع وتحدث من تكرار تعاطى عقار معين (طبيعي أو مصنوع) وميزاته هي:

ا رغبة غلابة أو حاجة قهرية للاستمرار في تعاطى العقار والحصول
 علية بأية وسيلة.

٢ - ميل إلى زيادة الجرعة المتعاطاة من العقار .

٣ - اعتصاد نفسى (سيكولوچي) وجسماني بوجه عام على مفعول
 العقار.

٤ - تأثير ضار مؤذى للفرد والمجتمع المر

وقيد فرقت منظمة الصحمة العالمية بين التعاطى والإدميان فعرفيت التعاطى بأنه الاعتباد أو العادة وهي حالة تنشأ من تكرار تعاطى عقار معين وعيزاته هي:

(أ) رغبة ولكنها ليست قهرية في الاستمرار في تعاطى العقار من أجل الشعور بالانتعاش الذي يبعثه.

(ب) ميل قليل ، بل قد لا يوجد ميل قط لزيادة الجرعة المتعاطاة من العقار.

(ج) اعتماد نفساني إلى حد ما على مفعول العقبار، ولكن لا وجود للاعتماد الجسمي ، وعلى ذلك لا وجود لأعراض الامتناع عن تعاطيه.

(د) تأثير إذا وجد - ضار بالفرد اولاً وقبل كل شئ (٢).

وبذلك يكون الإدمان اعتمادا كليا على المخدرات أو بعبارة نفسية

^{. (1)} World Health Organization, 1965, Expert Committe On Durg Liable to Produce Addiction. Tech. R. Ser. No. 116. Geneva: W.H.O. P 5.

⁽²⁾ World Health Organization, 1978, Expert Committe on Durg Dependence. Techn. R. Ser. No. 618. Geneva: W.H.O.

اعتماداً عليه من حيث ما تؤدي إليه نفسياً، بينما التعاطى اعتماد عارض أو حاجة عارضة إلى ما يؤدى إليه المخدر نفسة (١).

المدمن : Addict

هر الشخص الذى يدخل المخدر فى روتين حياته اليومية أو الذى لا يقل عدد مرات تعاطيه للمخدر عن أربع مرات أسبوعياً ويصفة منتظمة لفترة لا تقل عن خمس سنوات.

المخدرات :

يعرف القانون المادة المخدرة أو الجوهر المخدر تعريفاً شاملاً كما يلي: ﴿

المادة المخدرة هي العنصر أو المركب أو المحلول المحتوى على الافيون أو الحشيش أو الكوكا أو الهروين بنسبة خاصة، يكون من شأنها أن تفتر الحسم او تغيب العقبل أو تهيج الشعور، ذلك لأن معظم المواد المخدرة لابد وأن تحتوى على الأفيون أو الحشيش أو الهروين أو نبات الكوكا.

فالمادة المخدرة تعتبر كل مادة خام أو مستحضرة وتحتوى على جواهر منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية الموجهة أن تؤدى إلى حالة من التعود أو الإدمان(٢).

وللمخدر تعريفان : تعريف علمي ، وتعريف قانوني:

فالتعريف العلمى: المخدر مادة كميائية تسبب النعاس أو النوم أو Nar- غياب الرعى المصحوب بتسكين الألم، وكلمة مخدر ترجمة لكلمة -Nar الشتقة من الأغريقية Narkosis التى تعنى يخدر أو يجعل الفرد مخدراً.

أما التعريف القانوسي: المخدرات مجموعة من المواد تسبب الإدمان

⁽¹⁾ World Health Organization, 1973, Expert Committe on Durg Dependence. Techn. R. No. 526. Geneva: W.H.O.
مرح بالأراد المحالات المحالات النفس الجنائي. القاهرة: دار المارك. ص ۸۳۵

وتسمم الجهاز العصبي ويحظر تداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك.

وقد أخذت الباحثة في تعريفها الاجرائي للمخدرالتعريف الذي وضعته منظمة الصحة العالمية والتي عرفت فيه المادة المخدرة أو العقاقير كما يلى: «أى مواد يتعاطاها الكائن الحي بحيث قد تعدل وظيفة أو أكثر من وظائفه الحيوية»

■ السلوك: Behavior

هر كل ما يصدر عن الفرد من نشاط داخلى أو خارجى وهو يتفاعل مع بيئته ويحاول التكيف لها (١) وهو كل ما يصدر عن الفرد من استجابات مختلفة إزاء موقف يواجهه، أو إزاء مشكلة يحلها أو خطر يهدده أو قرار يتخذه أو أزمة نفسيه يكابدها. ويقصد بالاستجابة كل نشاط يثيره منبه أو مثير. والمثير هو أى عامل خارجي أو داخلى يثير نشاط الكائن الحى أو نشاط عضو من أعضائه وعلى هذا يشمل السلوك الاتي:

- كل ما يفعله الانسان ويقوله.
- كل ما يصدر عنه من نشاط عقلى كالادراك والتفكير والتخيل.
- كل ما يستشعره من تأثيرات وجدانية، كالاحساس باللذة والألم،
 والشعور بالضيق والارتياح، بالخوف والغضب مع ما يصاحب ذلك من أنشطة فسيولوجية شتى^(٢).

وترى الباحثة أن السلوك «هو ما يقوم به الفرد من استجابات مختلفة

 ⁽١) عبد المنعم الحفتي، ١٩٧٨، موسوعة علم النفس التحليل النفسي. القاهرة: مكتبة مديولي. أص ٩٢.

 ⁽٢) أحمد عزت راجع، ١٩٧٥، أصول علم النفس. القاهرة: المكتب العربي الحديث للطباعة والنشر. ص ٢٧.

تجاه ما يقابله من مواقف، فهو ما يقوله، وما يصدر عنه من أنشطة عقلية مختلفة، وما يشعر به من مشاعر وانفعالات وما يعتريه من احاسيس مختلفة».

أدوات البحث :

وقد استخدمت الباحثة الأدوات التالية والتي تتفق مع ما فرضته من فرضة من فرض وتصلح للتطبيق على العينة:

- ١ استمارة المقابلة من إعداد الباحثة.
- ٢ استمارة المستوى الاجتماعي/ الاقتصادي من إعداد الباحثة.
 - ٣ بعض مقاييس من اختبار الشخصية المتعدد الاوجه:
 - مقياس توهم المرض.
 - مقياس الهستريا.
 - ·- مقياس الاكتئاب.
 - مقياس الانحراف السبكوباتي.
- ٤ بعض اختبارات من اختبارات القدرة على التفكير الابتكارى:
 - اختبار الطلاقة الفكرية.
 - اختبار المترتبات.
 - اختبار الاستعمالات.
 - من إعداد عبد السلام عبد الغفار.
 - ٥ استبيان مستوى الطموح من إعداد د. كاميليا عبد الفتاح.
 - ٦ اختيار الذكاء المصور من إعداد د. أحمد زكى صالح.

منهج البحث :

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الاحصائي وقد قامت باستخدام

الاحصاء الرصفي لبيان دلالة الفروق بين المجموعات، فاستخدمت اختبار «ت» وتحليل التباين لمجموعتين لعرفة مدى تجانس العينة أو عدمه.

خطرات البحث :

وقد اتبعت الباحثة الخطوات التالية:

 الدراسة النظرية: وهي تجميع نظرى لمعظم ما كتب من أعسال نظرية أو دراسات حقلية تناولت موضوع الإدمان وقد ساعدتها هذه القراءات في تحديد حجم المشكلة عالمياً ومحلياً وفي التجميع النظرى مادة هذا البحث.

٢ - تجميع الدراسات السابقة العربية أو الاجتبية التى لها صلة
 يموضوع الدراسة، وسوف يتم عرض هذه الدراسات فى الفصل الخاص بها.

 ٣ - الدراسة الاستطلاعية: وقد ساعدتها هذه الدراسة في إعداد استمارة المقابلة كذلك معرفة ضرورة إعادة صياغة الاختبارات من اللغة العربية الفصحى إلى العامية نظراً لما وجدته الباحشة من ظروف العينة التعليمية والثقافية.

٤ - تقنين الاختبارات.

 الاتصالات بالجهات المسئولة عن مدمنى المخدرات لاتاحة الفرصة لقابلة العديد منهم والتعرف على استعداداتهم لمساعدة الباحثة.

٦ - قامت الباحثة بعد ذلك بتحديد اماكن العينة.

٧ - تطبيق الاختبارات المستخدمة في هذا البحث على العينة وقد
 استغرق التطبيق ثماني أشهر من يناير إلى أغسطس ١٩٨٣.

 ٨ - تفسير النتائج التي توصل إليها البحث في ضؤ فروض البحث ومتغيراته.

 ٩ - كتابة التوصيات الخاصة بالبحث وما أسفر عنه من نتائج وما يسفر عنه من دراسات مستقبلة.

الولا - العينة

الكناسم عينه البحث إلى مجموعت بن، المجموعة الأولى تجريبية مدمنة للمخدرات المختلفة ولها تاريخ ادمانى طويل، والمجموعة الثانية ضابطة، ليس لها أى علاقة مباشرة او غير مباشرة بالمخدرات.

مصدر العبنة التجريبية :

قامت الباحثة بدراسة استطلاعية لمعرفة الأماكين والأحياء التي يتردد عليها المدمنون والموجوديين فيها بصورة ثابتية نسبياً، حتى تتمكن الباحثة من مقابلتهم أكثر من مرة وأن تضمن وجودهم فيها عندما ترغب في مقابلتهم مرة أخرى.

وكانت مصادر العينة كالآتى:

(أ) المصدر الأول :

قامت الباحثة بالذهاب إلى مستشفى شرق المدينة والتى بها قسم لعلاج الإدمان ويتردد عليها المدمنون يوم الأثنين من كل اسبوع، ومعظم المدمنين المترددين علي هذه المستشفى لم يذهبوا للعلاج من تلقاء انفسهم ولكن تم ضبطهم عن طريق مكاتب مكافحة المخدرات المنتشرة فى معظم أجزا، مدينة الإسكندرية أو عن طريق مكتب الرعاية اللاحقة بمديرية الأمن ويشرف على قسم الإدمان بهذه المستشفى، وقد حصلت الباحثة على ١٨ حالة مدمنة للمخدرات من هذه المستشفى، وجميعهم لهم ملف إدمان وتاريخ ادماني طويل ويذهبون للمستشفى مرغمين، ولبست لديهم أي رغبة للاقلاع عن المخدر، ولا يتناولون العلاج المقرر لهم قيما عدا الحبوب المهدثة فيتناولونها مع مخدرهم المفضل.

(ب) المصدر الثاني :

حصلت الباحث فد من مكتب مكافحة المخدرات بحى غرب الاسكندرية على أسما ، مجموعة من المدمنين الخطرين والمسجلين بالمكتب، وقد ساعدها المكتب في الحصول على ١٠ حالات وقد نم اختيارهم عشوائياً من بين أسماء المدمنين.

(ج) المصدر الثالث:

قامت الباحثة بزيسارة أكبر مجتمع في الإسكندريسة شهرة بإدمان المخدرات وخاصة (الحشيش) وهو حي كوم الدكنة. وقد ساعدها تجار المخدرات في هذا الحي، بعد أن شرحت لهم الباحثة الغرض من البحث وكسب ثقتهم، في جمع ثماني حالات من المدمنين الذين يتناولون المخدر بصورة يومية.

- وكذلك تمكنت الباحثة من حصير ٥ حالات من حي العامرية عن طريق مكتب مكافحة المخدرات في هذه المنطقة.
- وأيضاً من منطقة نادى الصيد بحى محرم بك قكنت الباحثة بساعدة أصدقاء لها فى الحصول على ٣ حالات مدمنة للأفيون بهذه المنطقة.
- تمكنت الباحثة من حصر حالتين من المدمنين المترددين على بنبك الدم بمستشفى الشاطبي، فكانت هذه الحالات تتبرع بدمها مقابل مبلغ من المال لشراء المخدر.
 - حالة مدمن مخدرات مقبوض عليه في نيابة المخدرات.
 - حالة من منطقة السيوف.

ويذلك تخسون عينــة المجموعة التجريبيــة مكونـة من ٤٨ فرداً مدمناً كالآتى:

جدول رقم (٦)

عدد الحالات	مصدر العينة
١٨	مستشقى شرق المدينة
١.	مكتب مكافحة المخدرات (المنشية)
٥	مكتب مكافحة المخدرات (العامرية)
۳	حي نادي الصيد (محرم بك)
۲	مستشفى الشناطبي الجامعي (بنك الدم)
\	نيابة المخدرات
[حي كوم الدكة
١	منطقة السيوف
٤٨	المجموع

وقد راعت الباحثة في اختبارها لعينتها الآتي:

أن تكون العينة مشتملة على مدمنين لجميع أنواع المخدرات دون
 التركيز على نوع بعينه.

أن تكون العينة من أماكن متفرقة من مدينة الإسكندرية.

أن يكون حجم العينة مناسباً وبدرجة تسمح للمقارنة.

أن تتميز العينة بتاريخ إدمائي طويل.

أن تكون العينة لا زالت على عهدها بالمخدر.

مصادر العينة الضابطة : ,

قامت الباحثة بجمعهم بطريقة عشوانية من العاملين في المهن الحرفية والبدوية في مجموعة من الشركات الانتاجية وكانت مصادرهم كالآتي:

المصدر الأول :

شركة كابو (النصر لصناعة المنسوجات) ١٨ فرداً من العاملين في اصلاح الماكينات والسعاه.

المصدر الثاني :

شركة ستيا ١٣ حالة.

المصدر الثالث :

شركة مطابع محرم الصناعية ١٢ حالة

- خمس حالات من العاملين في المهن الحرة.

جدول رقم (٧)

عدد الأفراد	مصدر العينة	
14	شركة كابو	
18	شركة ستيا	
14	شركة مطابع محرم الصناعية	
٥	مهن حرة مختلفة	
٤٨	المجموع	

وقد راعت الباحثة عند اختيارها للعينة الضابطة أن تكون ماثلة للعينة التجريبية في المهن، السن، المستوى الاجتماعي، والبيشة السكنية.

سن المجموعة الضابطة :

وكان المتوسط الحسابسي لسن المجموعية الضابطية (١٥٥ و ٤٠) سنية بانحراف معياري قدره (١٦٥ م).

وصف العينة التجريبية :

تتكون عينة البحث التجريبية من مجموعة من مدمنى المخدرات التى تمكنت الباحثية من جمعهم من مناطق الإسكندريية المختلفية، وستعرض الباحثة لوصف المهن، المستوى الاجتماعي الاقتصادي، التاريخ الإدماني لعينتها. وقد قامت الباحثة بتصنيف معظم هذه البيانات في فئات ونسب مئوية كالآتى:

أولاً - السن :

وتم حساب المتوسط الحسابي لسن المجموعة التجريبية فكان (١٤٨ ٤) بانحراف معياري قدره (١٩٤٢).

ثانياً - الحالة الاجتماعية :

يشكل المتزوجون أكبر نسبة من أفراد المجموعة التجريبية، إذ بلغت نسبة المتزوجون من العينة (٩٢٦٠٪)، ونسبة (٣٠٨ر ٢٠) لم يسيق لهم الزواج، ونسبة (٩٢٠٥) من العينة مطلقين، ونسبة (٩١٧٤)أرامل.

وبالنسبة لعدد مرات الزواج، يتساوى عدد من تزوجوا مرة واحدة بعدد من تزوجوا مرة واحدة بعدد من تزوجوا مرتين، إذ تبلغ النسبة لكل منهما (٨٨ر٤٤٪) وهناك (٦/٢٥) من العينة تزوجوا ثلاث مرات.

مهنة الزوجة :

كل زوجات المجموعات التجريبية المتزوجين لا تعمل فيما عدا ثلاثة منهم تعمل زوجاتهم عاملات في الشركات. وبالنسبة للحالة التعليمية للزوجة فكانت ١٠٠٪ من زوجات المدمنين أميات وهي كل زوجات العينة.

وبالنسبة لعدد الأولاد:

فقد كان عناك ٤٤ر ٣٠٪ من العينة المتزوجة لم تنجب بعد وكان

٦٢/ ٨٦٪ من العينة لديهم أولاد ومتوسط عدد الأولاد بالنسبة
 للمجموعة كلها ٦ أولاد للفرد الواحد.

ثالثاً - الحالة التعليمية :

بلغت نسبة الأمية ٨٠ر٥٩٪ في العينة، ونسبة من يقرأون ويكتبون بلغت ٥ر ٣٧٪، وكانت نسبة ٥٦ر٥٪ من العينة متعلمة تعليم ابتدائي، و١/٤٥٪ من العينة تعليمها متوسط.

الحالة الوظيفية : ﴿

قامت الباحثة بعمل جدول يوضع توزيع مهن العينة التجريبية كالآتى: جدول رقم (٨)

نسبتها ٪	تكرارها	المهنة	نسبتها٪	تكرارها	المنة
۱۷رع	. 'Y	فلاح	۸٫۳۳	٤	صياد
۸٫۳۳	£	تاجر مخدرات	۱٫۲۵	٣	باثع أسماك
۵۰ ۱۲	٦.	صاحب عربة شاي	۸۰٫۲	١.	حلاق
۲۶ر۱۰		مپکانیکي سیارات	۱۷ر٤	٧	خردوأتي
۱۰۶۲	٥	قراش	۱۰٫٤۲	٥	عاطل
۸۰ر۲	١.	ترزى	۸٫۳۳ ا	٤	سياك
٥٢ر٢	٣	موظف	۸۰ر۲	١	مقاول
۸۰ر۲	١	جزار	۸۰ر۲	١ ،	صاثغ

وتبين من الجدول السابق أن أفراد العينة يتهنون مهن وأعمال مختلفة، وقد نجد أن توزيع الهن هذا يتفق مع من يرون أن مدمنى المخدرات من ذوى الأعمال الحقيرة والتي لا تتطلب استعداداً عقلياً أو مستوى تعليمي معين.

إ خامساً - الحالة السكنية :

الأحياء التي يقطنها المدمنون :

جدول رقم (٩)

النسبة المئوية ٪	عدد الأقراد	اسم الحي	النسبة المئوية //	عدد الأقراد	اسم الحي
۱۷ر٤	۲	مينا البصل	۱۷ر٤	۲	امبروزو
۲٫۰۸	١	السيوف	٥٢ر٦	٣	نادى الصيد
۱۷ر٤	۲	المنشية	۲٫۲۵	۳	كرموز
۲۱٫٤۲	ó	بحري	۵۲ر۳	٣	حارة باطارية
۱۷رع	Y	القباري	1عر-١	0	العامرية
۱۷ر٤	۲	الورديان	۸۰ر۲	١	سیدی بشر
٥٢ر٢	٣	المزبة ا	۲٤ر۱۰	0	كوم الدكة
۱۷ر٤	۲	جبل ناعسة	۲٤ر۱۰	0	كوم الشقافة
			۱۷رځ	۲	اللبان

■ عدد حجرات المسكن:

جدول رقم (۱۰)

النسبة /	عدد الأفراد	عند الحجرات
٤٧٫٩٢	. **	حجرة واحدة
۲۵ر۳۵	17	حجرتان
٥ر١٢	٦	ثلاث حجرات
۱۷ر٤	۲	أربع حجرات

سادساً - الدخل الشهرى :

وستعرض الباحثة له في جدول من واقع بيانات المفحوصين كالآتي:

جدول رقم (۱۱)

النسبة المئوية /	تكراره	الدخل الشهري
۸۵٫۵۸	٧	٦٥
۱۷ر٤	٠ ٢	40
٥ر١٢	٦	١
۲٤ر۱۰	٥	10.
۸۰٫۲	١	170
۸۵ر۱	٧	۲
۲٤ر۱۰	٥	Y0 -
۲٤ر۱	٥	٣٠٠
۵ر۱۲	٦	٤٠.
۳۳ر۸	٤	0

وكان متوسط دخل الفرد من مدمنى المخدرات = ٢٢٣٦١٢ جنيه بحد أدنى ٦٥ جنيه وحد أقصى ٥٠٠ جنيه.

ومن الجدول يتضع لنا التفاوت الواضع فى دخل المجموعة إلا أنهم يشتركون جميعاً فى سممة الإدمان ولكن الاختلاف فى الدخل سينعكس أثره على نوع المخدر المدمن وعدد مرات تعاطيه.

سابعاً - التاريخ الإدمائى :

١ - بالنسبة لنوع المخدر الذي سبق للمدمن تعاطيه :

جدول رقم (۱۲)

النسبة ٪	تكراره	المخدر
۸۵٫۵۸	٤٣	حشيش
۸۳ر۷۰	٣٤	أفيون
۸۳ر۲۰۰۰ ا	١ ١.	هيروين
٥٢ر٦	٣	كودأيين
۵۸ر۳۹	. 14	حبوب مهدئة ومنبهة
٥٢ر٢	٣	گوکاکین

ويتضح من الجدول السابق أن معظم أفراد العينة قد تناولوا الحشيش. ويعد الحشيش أكثر العقاقير انتشاراً إذ بلغ من تعاطى الحشيش من أفراد العينة نسبة (٨٩,٥٨٨٪)، وكذلك تناولت نسبة كبيرة من العينة الأفيون (٨,٠٧٪) ونسبة منهم أخذت المهدئات والمنبهات، وتناول الهرويين منهم (٨٣٠٠). وكان أقل مخدر هو الكوكايين (٩٦,٢٥) فقط من العينة ورعا يرجع ذلك الى ندرته وغلو ثمنه.

وقرر من يأخذون المنبهات والمهدئات إنهم يقومون بسحقها وإضافتها إلى الشاي المغلى ويشرب في الصباح الباكر قبل تناولهم أي طعام. / المخدر الحالي:

المحدر الحالي :

يعد الحشيش من أعلى العقاقير الجالية تناولاً وتكراراً إذ أن (٢٩٨/٥٠) من العينة يدمنون الحشيش، ولكن ليس الحشيش بمفرده كما أجمع كل الأفراد ولكنهم يقرمون بخلطه بحبوب الاويتاليدون المستورد أو الريتالين أو حبوب الماندركس ويغلى الخليط على النار في مشروب القهوة أو الشوكولاتة أو بتدخين الحشيش وبلع الأقراص قبل التدخين مباشرة. ويلى إدمان الحشيش والحبوب، إدمان الأفيون إذ بلغت نسبة (٢٨/٨٣) من العينة الذين يدمنون الأفيون، يلى ذلك إدمان الحشيش بدون إضافة حبوب(٢٠/١٠) ثم الحبوب المهدئة (٢٤ر٠١٠).

وستعرض الباحثة لهذه النسب في جدول لتوضيحها:

(جدول يوضح توزيع المخدرات المدمنة حالياً لدى عينة البحث)

جدول رقم (۱۳)

النسبة المئوية ٪	تكراره	المخدر الحالي
۵۸ر۳۹	14	حشيش + حبوب
۲۸٫۸۳	١.	أفيون
۱۷ر٤	۲	هيروين
۵۲٫۲	٣	كودايين
۲٤ر۱۰	0	حبوب مهدئة أو منبهة
٧٠.٨	١	كوكايين
۱۶٫۲۷	A	حشيش فقط

عدد المخدرات المتناولة حالياً :

قررت نسبة كبيرة من العينة أنها تتناول أكثر من مخدر في آن واحد وفي البرعة الواحدة، ويرجعون ذلك إلى أن التجار يقومون بخلط المخدرات الطبيعية بمواد غريبة، مما يفقدها قوتها التأثيرية التي ألفوها، كما أن معظم الذين يتناولون مخدرين كانوا مدمني أفيون، ونظراً لندرة الأفيون وغلو ثمنه فوق طاقتهم فإنهم يعملون الخلط هذا لكى يحميهم من مشاعر قطع الأفيون المؤلمة وتريحهم نفسياً.

(حدول يوضح عدد المخدرات المدمنة لدى أفراد العينة)

جدول رقم (۱٤)

النسبة المنوية ٪	عدد الأفراد	عدد المخدرات في الجرعة الواحدة
۸۳ ۲۰	١.	مخدر واحد
۵۷ر۸۶	۳۳	مخدرين
		ثلاثة أنواع أو أكثر من ذلك في
۲٤ر۱۰	0	الجرعة الواحدة.

السن عند تعاطى أول عقار : وقد قامت الباحثة بتفريغ السن للمجموعة كلها في فنات كالآتي:

جدول رقم (۱۵)

	النسبة المتوية ٪	ك	فئة السن
-	٥ر١٢	١.	17 - 1.
1	۸۵ر۱۲	٧	10 - 18
	۱۲ر۲۹	16	1A - 17
	۸۰٫۷۷	١٣	41 - 14
١	۱۷ر٤	۲	75 - 77
1	۵۲ر۲	٣	YV - Y0
ı	۵۲ر۳	٣	" W Y4

وكان متوسط السن عند بداية التعاطى (١٨ر١٥) سنة وبانحراف معياري قدره (٣٦٩).

الداقع لأخذ المخدر في أول مرة :

جدول رقم (۱۳)

النسبة المئوية ٪	. تكراره	السبب
۲۹٫۹۲	77"	الأصدقاء
۱۲٫۲۷	۸ .	حب الاستطلاع
۱۵٫۵۸	٧	عادات المجتمع
۸۵ر۱۶	· v	توافر المال
۸۵ر۱	٧	الجنس
٥ر٢	٣	بيع المخدر
7,۲۵	۳ .	المرض
۸۰٫۷	N 1	الحزن

ومن الجدول يتضع لنا أن أقوى الأسباب دفعاً لأخذ المخدر هم جماعة الأصدقاء ويليم حب الاستطلاع، ثم الجنس، وقد ذكر بعض أفراد العينة أكثر من سبب مجتمعين نقد جمع معظمهم بين (الأصدقاء والرغبة في المعرفة) (الجنس وتوافر المال).

ع مدة الإدمان :
 جدول رقم (۱۷)

النبية ٪	تكرارها	المدة
۱۶٫۶۷	. У	۷ - ۱۰ سنوات
۲۰٫۸۳	١.	۱۱ – ۱۶ سنة
۸۳ر۲۰	١.	۱۵ – ۱۸ سنة
۲۱٫۲۵	10	۱۹ – ۲۲ سنة
۲۹ر۱۰	0	أكثر من ٢٢ سنة

وقد قامت الباحثة بحساب مدة الإدمان من طرح السن الحالى للمدمن من السن عند بداية التعاطى، وذلك بالنسبة للمدمنين المنتظمين وحيث أن عينة البحث منتظمة في الإدمان ولم تقلع عن المخدر فكانت العينة كلها لها تاريخ إدماني طويل وكانت أعلى نسبة في قنات الزمن من (١١ – ٢٧ سنة) بنسبة مئوية (٢٥ – ٢١)، يليها قنات الزمن من (١١ – ٤١)، (١٥ – ١٩) سنت وكانت نسبة كل منهما (٨٣ ر ٢٠٪) وتليها من (٧ – ١) سنوات بنسبة (٢٥ ر ٢٠٪)، وأقبل تسبة هي أكثر من ٢٧ سنة (٢٤ ر ٢٠٪) وربيًا يرجع ذلك إلى أن العينة تعد صغيرة في السن نسبياً. وكان متوسط التاريخ الإدماني لدى العينة (١٩ ر ٢١) سنة بانحراف معباري قدوه (١٩ ر ١٩).

ثانياً - أدرات البحث :

قامت الباحثة باستخدام الأدوات التالية:

- المقابلة المقيدة.
- اختبار الشخصية متعدد الأوجه (مقابيس توهم المرض، الاكتئاب،
 الهستيريا والاتحراف السيكوباتي).
 - استبيان مستوى الطموح.
 - اختبار الذكاء المصور.
- اختبارات القدرة على التفكير الابتكارى(الطلاقة الفكرية − المرونة
 الإصالة).
 - استمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي.

وقد استخدمت الباحثة هذه الأدوات لأنها تغطي الفروض التى افترضتها في دراستها وتلائم اتجاهات البحث، فالمقابلة فرصة للتعرف علي العديد من العوامل النفسية والاجتماعية للشخص المدمن، ومقاييس العصابية والانحراف السيكوباتي من مقياس الشخصية المتعدد الأوجه والتي أفترضت الباحثة وجودها في مدمني المخدرات بصورة مرتفعة عن غيرهم من غير المدمنين. وكذلك مقياس الانحراف السيكوباتي والذي قررت معظم الدراسات أنها سمة عميزة لمدمني المخدرات، وأستخدمت كذلك استبيان مستوى الطموح لقياس مدى توافر هذه السمة من سمأت الشخصية عند مدمني المخدرات دون غيرهم من دون المدمنين. وقد السمة استمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي لوصف السمات الاجتماعي والاقتصادي لوصف

وصف الأدوات :

١ - استمارة المقابلة : (ملحق رقم ٨)

قامت الباحثة بتصميم استسارة للتعرف على العدبد من العوامل

المتعلقة بالإدمان وذلك بعد مقابلتها لعدد من مدمنى المخدرات قامت بعمل مقابلة حرة معها حددت منها بنود الاستمارة وعدد أسئلة كل بند وقامت بعد ذلك بتطبيق الاستمارة على ثلاثة من المدمنين الذين استوعبوا كل بنودها، ثم عرضتها على مجموعة من الأطباء النفسيين اللذين يعملون في ميدان معالجة المدمنين وكذلك الاخصائيين النفسيين والأجتماعيين من العاملين بهذا الميدان أيضاً، وبناء على توجيهاتهم تم تعديل الاستمارة وكانت كل تعديلاتهم متضمنة طول بنود الاستمارة، وجعل الاسئلة مفتوحة الاجابات.

وبعد إجراء هذه التعديلات وتصميم الصبورة النهائية للاستمارة كانت كالآتر:

عدد استلتها	اقسام يئود الاستمارة
1.4	١ - بيانات عن الحالة الاجتماعية والمدنية
12	٢ - بيانات عن التاريخ الإدماني للحالة
١.	٣ - بيانات عن إدمان المخدر
٤٣	1 - آثار المخدر على الشخص
14	٥ - آثار الإدمان على الجنس
١.	٦ – مشكلات المدمن

ويتضع من ذلك أن عدد أسئلة الاستمارة (٧٠٧) سؤالاً وضعت لقياس: العديد من السمات عند المدمن.

٧ - اختبار الشخصية المتعدد الأوجه: (ملحق رقم ٤).

قام بوضع هذا الاختبار هاثاوای وماکنلی، وقد ترجمه الی اللغة العربية لريس كامل مليكة وآخرون، والاختبار يفيد كأداة للتشخيص السيكياتري ويغطى بصورة موضوعية نظامية جوانب متعددة من السلوك أكثر عما يتحقق عادة في المقابلة الأكلينيكية، ويشمل الاختبار ٥٩٦ عبارة تغطى مدى واسعاً من الموضوعات تتناول الجوانب المختلفة في الشخصية مثل: الصحة العاد...ة، والنواحى الصحية الخاصة بما فيها من أجهزة الجسم المختلفة، والعادات، والعائلة، والزواج، المهنة، التعليم، والاتجاهات الجنسية والاجتماعية والدينية والسياسية والنزعات السادية والماسوكية والهواجس والهلاوس والمخاوف المرضية، وكذلك الحالات الاتفعالية المختلفة بما فيها حالات الاتقباض والحالات الوسواسية والقهرية، وكذلك الروح المعنوية، وما يتصل بالذكورة والانوثة واتجاه المفحوص نحو الاختبار.

وقد صنفت هذه العبارات في أربع مقاييس صدق يرمز اليها بالرموز (؟، ل، ف، ك) وعشرة مقاييس أكلينيكية .

١ - مقياس (٢) عبارة عن عدد العبارات التي لم يجب عنها المفعوص بنعم أو لا والدرجات الكبيرة على هذا المقياس تدل على أن عدداً من الأسئلة التي تخص المقايس الاكلينيكية لم يجب عنها، وفي هذه الحالة لا يمكن الاعتماد على إجابات المفحوص لعدم صدقها.

 ٢ - مقياس (ل) وارتفاع درجات هذا المقياس تدل على أن القيم الفعلية للمقاييس الاكلينيكية أعلى من القيم التي حصلت عليها الحالة.

 ٣ - مقياس الصدق (ف) وهو يستخدم أساساً لتقدير صدق الاختبار الكلى وعندما تكون الدرجة (ف) عالية فإن المقاييس الاكلينيكية تكون غير صادقة.

٤ - مقياس (ك) ويستخدم أساساً لبعض المقاييس الاكلينيكية.

الى جانب المقاييس العشرة الاكلينيكية وستعرض الباحثة لها عرضاً سريعاً على أن تعرض ببعض التفصيل بعد ذلك للمقاييس المستخدمة في هذا البحث.

۱ - مقياس ترهم المرض (ه س Hypoc ondriasis) :

وهو مقياس خاص بالاهتمام الشاذ العصابى لوظائف الجسم والذي ليس له أي اساس عضوى، ويتميز الأفراد الذين بحصلون على درجة عالية في هذا المقياس بالتمركز حول الذات، وعدم النضج في معاملة المشكلات والاستجابات الغير مناسبة في المسائل الخاصة بأبدانهم.

: (Depression) عتباس الاكتثاب - ٢

ويتميز الأفراد الذين يحصلون على درجات عالية بأنهم منشغلين بالموت والانتحار ، وهبوط الروح المعنوية ، والتشاؤم، والاحساس بخيبة الأمل، وعدم القدرة على إظهار التفاؤل العادى والافتقار إلى الثقة بالنفس.

۳ - مقياس الهستيريا (ه س Hysteria) :

فإن أصحاب الدرجات العليا يضموا أفراد مروا بخبرات من الضعف والأغماء ومن المحتمل أن يظهر الفرد هذه الأعراض صداراة لمسئوليات وصراعاته، وكذلك فإن هؤلاء الهستيريين يكونوا من المحتمل أقل نضجاً من الناحية السيكولوچية من أى فئة أخرى.

٤ - مقياس الأنحراف السيكرياتي(ب د Psychopathic Deviation): .

والأفواد الذين يحصلون على درجات عالية في هذا المقياس عيلون الى ارتكاب الاعمال اللاجتماعية واللاخلاقية بغض النظر عن خسارتهم الشخصية، كما أنهم يتشابهون مع أفراد أظهروا عدم الاكتراث بالعرف الاجتماعي وعدم الاستفادة من تجاربهم.

ه - مقبأس الذكورة - الاتوثة (م . ف Masculinity - Femminity):

وبدل ارتفاع الدرجة على هذا المقياس لكل من الذكور والأناث على انحراف في غط الاهتمام بالجنس الآخر وليس من الضروري وجمود جنسية مثلية إلا إذا كانت هناك قرائن أخرى.

٢ - مقياس البارانويا (ب أ Paranoia) :

ويقابل هذا المقيس بين استجابات جماعة من الأفراد العاديين ومجموعة من المرضى الذين اتصفوا بأوهام العظمة والاضطهاد والشك والحساسية الزائدة.

۷ - مقياس السيكاثينيا (ب ت Psychasthenia : (

ويتميز من يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس بوجود مخاوف مرضية أو سلوك قسرى مشل غسل اليد، الوسواس، والمخاوف الشياذة والاحساس بالذنب، وصعوبة التوصل إلى قرارات، وصعوبة التركيز، وعدم الواقعية في المستويات الأخلاقية، ونقد الذات ويتوقعون من أنفسهم ما لا يستطيعونه فعلاً.

د (Schizophrenia اس ك - مقياس الفصام (س ك - مقياس الفصام

والأشخاص الفصاميون ينقطعون في حياتهم الشخصية عن الواقع، ويتصفون بالعزلة الاجتماعية عن الناس، وعادة ما يوصف هؤلاء بأنهم باردون، غير ودودين ويوجد ارتباط قوى بسين هذا المقياس ومقياس السيكا ثبنيا.

٩ - مقياس الهوس الخفيف (م أ Hypoimainia) :

يتميز المريض ذو الهوس الخفيف بأنه ذو طموح عال وزيادة الانتاجية، والنشاط الزائدوالاستثارة الانفعالية، والأفكار الطيارة، ويعتبر مريضاً خطيراً لأنه يعد بعيداً عن السلوك السوى، ونجد أنه من الصعب أن غيز بن هؤلاء الأفراد وبين الأسوياء من الطموحين والنشيطين.

١٠ - منياس الانطواء الاجتماعي (س . ي Social Introvertion) :

ويقيس الميل إلى الاتصالات الاجتماعية والمسئوليات، وعادة ما يظهر على هذه الحالات عدم الراحة في المواقف الاجتماعية وعدم الميسل إلى الآخرين، كما أنهم يظهرون حساسية وعدم أمن وحذر غير محدد الوجهة وعاده ما بنكرون دفعانهم، عراءاتهم وكل هذا مرتبط يسلبوك انطواسي. بالكيد الدائمخفيق الذات

وغشل المقابس الاكليسكيم الثلاثم (الهستيريا - بوهم المرص الانقباض) متلث العصاب،

وهي مقاييس تستخدم منفصلة لقياس أنواع من العصاب.وإلى جانب هذه المقاييس الأصلية فهناك المئات من المقاييس الفرعية منها، مقياس التعصب، مقياس المسئولية، مقياس ألم أسفل الظهر، مقياس الاعتماد، مقياس قوة الأنا، مقياس قوة المكانة الاجتماعية.....الغ(١١).

الاختبار كما أستخدمته الباحثة : (ملحق رقم ٦)

■ اختارت الباحثة من الاختبار٤ مقاييس تلاثم ما وضعته من فروض لبحثها، وهي المقاييس الثلاثة التي قمثل مثلث العصابية (توهم المرض، هستيريا، اكتئاب) ومقياس الانحراف السيكوباتي.

■ ونظراً لأن اختبار الشخصية المتعدد الأوجه قد صيغت كل بنوده باللغة العربية لفصحى، وقد لاحظت الباحثة فى دراستها الاستطلاعية أن معظم أفراد عينتها من مدمنى المخدرات لا يعرفون القراءة والكتابة وكان من الصعب عليهم فهم عبارات المقاييس لذلك قامت الباحثة باعادة صياغة بنود المقاييس المستخدمة باللغة العامية مستعينة فى ذلك بالنسخة الياميد لتى أعدها د / سامى هنا.

■ قامت الباحشة باستخراج العبارات التي تقيس المقاييس الأربعة وذلك باستخداء مفاتيح التصحيح الخاصة بكل مقياس، بعد وضع المفتاح الخاصة مكل مقياس على ورقة الاجابة ووضع علامة على الأسئلة الخاصة حكل من هذه المقاييس الأربعة.

أ ويس كامل مليكه، محمد عاد الدين تساعيل، عطية محمود هنا، ١٩٧٤ - بعلسبات خيار الشخصية المتعدد الأوجد القاهر: النهصة المصرية في ص ٧٧ - ٤٣

- قامت الباحثة أيضاً باستخراج نفس العبارات المقابلية من النسخة . العامية وبذلك تكون الباحثة قيد حصلت على نسخة للمقاييس الأربعة . باللغة المصرية العامية وكان عدد الأسئلة ١٥٤٤ سؤالاً للمقاييس الأربعة.
- قامت الباحثة بتعديل بعض العبارات في النسخة العامية وذلك لتوضيحها بصورة أكبر لمدمني المخدرات مع عدم المساس بجوهر العبارة وهذه العبارات المعدلة هي أرقام: ٦٠، ٧٠ ، ١٨، ١٦، ٣٦، ٢٩، ٣٦، ٤٢، ٤٢، ٤٢، ٤٢. ٤٣٠.
 - قامت الباحثة بحساب صدق وثبات لهذه المقابيس الأربعة كالآتى.
 أولا الصدة.

(أ) مقياس توهم المرض :

تامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة قرامها خمسة وثلاثون طالباً من طلاب الفرقة الرابعة بقسم علم النفس بنسختيه العامية والفصحى، وبعد التصحيح حسبت قيمة (ت) ومعامل الارتباط بين التطبيقين وكانت النتائج كالآتى:

١ - نتائج حساب دلالة الفروق بين التطبيقين (قيمة ت) سيبينها الجدول التالي:

جدول رقم (۱۸) يوضح دلالة الفروق بين التطبيقين (ت)

دلالتها	ت	نسخة العربية النسخة العامية					النــ	1 211	
		ن۲	45	۲,	۱۵	18	10	المقياس	
غير دالة	۱٤۳ر	40	۲۱۱رء	٤ر٨	40	٩ر٤	۸٫۲٦	توهم المرض	

وقد استخدمت المعادلة التالية للحصول على قيمة ت:

حيث م١ = المتوسط الحسابى للمجموعة الاولى.
م٢ = المتوسط الحسابى للمجموعة الثانية.
ع١ = الانحراف المعيارى للمجموعة الأولى.
ع٢ = الانحراف المعيارى للمجموعة الثانية
ن = عدد أفراد العينة.

وكانت قيمة (ت) في الجدول السابق غير دالة عند المستويين ١٠٥، ٥ م عما يشير إلى عدم وجود فروق بين درجات الطلاب في المقياسين العامي والفصحى أي عدم وجود فروق بين المقياس باللفتين العامية والفصحى.

ثم قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بطريقة سبيرمان/ براون بين نتائج الاختبار بلغتيه العامية والفصحى وكانت نتائج معامل الارتباط كما يوضحها الجدول التالى رقم (١٩٩):

جدول رقم (١٩) يوضح قيمة معامل الارتباط بين نسختي الاختبار (توهم المرض) العامية والفصحي

دلالتها	ت	مجد س مجد ص	مج س ص	مج ص)۲	مجد من ۲	مج ص	مچـ س۲	مج ص	مج س	ن
دالة	۸۸ر	AY - YZ	4454	Arori	F67-A	24-1	PPP.	444	YAL	٣٥

وقد استخدمت المعادلة التالية لحساب معامل الارتباط القيم الخام.

ں مج س ص – مج س مج ص

/ [ن مجر س ۲ - (مجر س ۲] أن مجر س ۲ - (مجر س ۲ ا

حيث ر = معامل الارتباط

مجر س = مجموع درجات الاختبار بالنسخة العامية

مج ص = مجموع درجات الاختبار بالنسخة الفصحي

س٢ 📁 تربيع درجات النسخة العامية

ص٢ = تربيع درجات النسخة الفصحى

(س) = مربع مجموع درجات الاختبار بالنسخة العامية (س)

(ص) $^{\Upsilon}$ = مربع مجموع درجات الاختبار الثانى بالنسخة الفصحى (ص)

س ص = مجموع حاصل ضرب الدرجات المتقابلة في الاختبارين

مج $m \times n$ مج m = -1 حاصل ضرب مجموع درجات الأختبار الأول $m \times n$ مجموع درجات الاختبار الثاني $m \times n$

وكانت نسبة ر: دالة ومعامل الارتباط مرتفع.

(ب) مقياس الاكتئاب :

وبعد تطبيق هذا المقياس بنسختيه العامية والفصحى علي نفس المجموعية من طيلاب الفرقية الرابعية قسم عليم النفس وقوامها خمسة وثلاثون طالبياً تم تصحيح المقياس وحساب قيمة (ت) بين الاختبارين وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي رقم (٢٠):

جدول رقم (٢٠) يوضع دلالة الفروق بين الاختبارين (ت)

دلالتها	النسخة العامية		قير	بخة الع	-4.			
	ت	ن	46	Yp	ن	۱۶	۱۶	المقياس
غير دالة	١٤٤ر	40	۱٫۱۹	۱۷٫۱٤	40	۷۱ره	۲۲ر۱۷	الاكتئاب

وكانت قيمة (ت) غير الله عند مستوى دلالة ١٠١ ولا ٥٠٥ مما يدل على عدم وجود فروق بين النسختين العامية والفصحى، وقد قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط للقيم الخام للاختبار بنسختيه وكانت النتائج كما يوضع الجدول التالى وقم (٢١):

جدول رقم (٢١) يوضح معامل الارتباط بين نسختي الاختبار

دلالتز	ر	مج س مج ص	س ص :	صا۲	س)۲	ص۲	س۲	مجد ص	مج س	ù
دالة	۸۸۸ر	የ ግነለ	۱۱۳٤٠	444.4	**	116.8	11044	4.4	٦	۳٥

(ج) مقياس الهستيريا :

وبحساب قيمة (ت) بين نسختي اختبار الهستيريا كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي رقم (٢٢):

جدول رقم (۲۴) يوضع دلالة الفروق بين نسختي الاختبار (ت)

دلالتها	ت	النسخة العربية			امية	خة الع	1 -11	
		ن	١٤	۱۶	ن	46	۲	المقياس
غير دالة	۱۳۷ر	40	۲۹ره	۷۱ر۵۱	٣٥	٤٦٤٤	۷۵ر۱۶	هستبريا

وكانت قيمة (ت) غير دالة عند مستويين الدلالة ١٠١ م ٥٠٠٠

وكانت نتائج حساب معامل الارتباط للقيم الخام، كما يوضحها . الجدول الآتي رقم (٢٣):

جدولًا رقم (٧٣) يوضح قيمة معامل الارتباط بين نسختي الاختبار

لالتها	ر د	مج س مج ص	س ص	ص)۲	س)۲	ص۲	س۲	ص	مج س	ن
دالة	۷۸٤ر	YA.o	1378	**. 1	Y-Yo	۸۱۱۲	4714	٥١.	00.	40

وكان معامل الارتباط عال ومرتفع.

(د) مقياس الانحراف السيكوباتى :

وكانت نتائج حساب قيمة (ت)بين نسختى الاختبار العامية والقصحى كما يوضحها الجدول التالى رقم (٢٤):

جدول رقم (٢٤) يوضح دلالة الفروق بين نسختى الاختبار

العامية والفصحي

دلالتها	ن	سحى	خة الفص	النس	مية	خة العا	النس	
		ن	46	۲۴	ن	١٤	۱۴	
غيردالة	۱٫۱۵	۳٥	۲۷۷۹	£ر۸	40	۲۲ر٤	٤ر٩	انحرافسيكوباتي

وكانت قيمة (ت) غير دالة عند مستويين الدلالة ١٠ر، ٥٠٥ عا يشير الى عدم وجود فروق جوهرية بين نسختى الاختبار العامية والفصحى.

وبحساب الصدق بطريقة معامل الارتباط كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٢٥):

جدول رقم (٢٥) يوضح معامل الارتباط بطريقة سبيرمان/براون بين نسختي الاختبار العامية والفصحي

دلالتها	ر	مج س مج ص	س ص	ص۲۱	س)۲	ص۲	س۲	ص	مجـ س	ن
دالة	۲۲۹ر	4784	*174	A0A£9	1-AY£1	7.7.7	****	444	444	40

وكان معامل الارتباط دال ومرتفع وموجب.

ثانياً - الثبات :

وقيد تم حساب معامل ثبات المقاييس الأربعية عن طريق التجزئة التصفية لأسئلة الاختبار زوجي وفردي وحسب معامل الثبات بطريقية رولون للتجزئة النصفية وكانت كالآثر:

حيث بدل رأأ على معامل الثبات.

ويدلُ ع٢ق على تباين فروق درجات النصفين.

ويدل على تباين درجات الاختبار.

$$\begin{bmatrix} 1 & 1 & 1 \\ 0 & 1 & 1 \end{bmatrix} \begin{bmatrix} 1 & 1 & 1 \\ 0 & 1 & 1 \end{bmatrix} \begin{bmatrix} 1 & 1 & 1 \\ 0 & 1 & 1 \end{bmatrix} \begin{bmatrix} 1 & 1 & 1 \\ 0 & 1 & 1 \end{bmatrix}$$

وكانت نتائج حساب الثبات للمقاييس الأربعة كما توضحها الجداول التالمة :

(أ) توهم المرض :

وبحساب معامل الثبات لمقياس توهم المرض بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة رولون للتجزئة النصفية كانت النتائج كما يوضحها. الجدول التالى رقم (٢٦):

جدول رقم (٢٦) يوضح معامل حساب الثبات لمقياس توهم المرض

	دلالتها	رفز	رأأ	46	ع۲ ق	ن۲	ن
I	دالة	۲۸ٖر	٥٧ر	۲۷٫۳۲	٦,٩٤٢	1770	40

وكان معامل الثبات رأاً = ٧٥ وهو معامل ثبات مرتفع وموجب كما يوضحه قيمة جداول الدلالة حيث كانت رف ز = ٨٦ ر .

(ب) الاكتئاب:

وكان معامل الثبات لمقياس الاكتئاب عن طريق التجزئة النصفية باستخدام معادلة رولون للتجزئة النصفية كما يوضحه الجدول التالى رقم (٧٧):

جدول رقم (۲۷) يوضع معامل ثبات مقياس الاكتئاب باستخدام معادلة رولون للتجزئة النصفية

دلالته	رأأ	٠ ٢٤	ع۲ ق	ن۲	ن
ع٩ر	۸۸ر	ەر ۳۷	٤٦٤٤	1440	40

رف ز = ۹٤ر

(ج) مقياس الهستيريا:

وكان معامسل الثبسات لمقياس الهستيريا باستخدام معادلة رولون للتجزئة النصفية كما يوضحه الجدول التالي رقم (۲۸):

جدول رقم (٢٨) يوضع قيمة معامل الثبات لقياس الهستيريا

رفز	11,	45	ع۲ ق	۲۵	ن
۷۷ر	٦٣ر	۳۰,۳۰	۹۰٫۰۹	1770	40

وهو معامل ثبات مرتفع وموجب.

(د) مقياس الانحراف السيكرباتي :

وكان معامل الثبات لمقياس الاتحراف السيكوباتي باستخدام معادلة رولون للتجزئة النصفية كما يوضحه الجدول التالي رقم (٢٩):

جدول رقم (٢٩) يوضح معامل الثبات لمقياس الانحراف السيكوباتي ·

ر ف ز	11,	46	ع۲ ق	ن۲	ن
۲۹ر	۱۳ر	۲۶ر۲۱	۲٫۳۷	1770	40

وكانت معاملات الثبات للمقابيس الأربعة مرتفعة وموجبة وذلك كما أوضحتها جداول الدلالة (٣٦ : ٦٦).

■ وصف المقاييس المستخدمة : (ملحق رقم ٦، ٧).

١ - مقياس توهم المرض:

وهو مقياس لمقدار الاهتمام الزائد بالوظائف الجسمية والقلق الذي لا يستند إلى سبب على صحته، فيشكو الفرد غالباً من آلام واضطرابات يصعب تبينها ،ولا يوجد لها أساس عضوى واضح، ومن خصائص المتوهم للمرض أن يكون ناقص النضج في معالجته لمشكلات الراشدين، ولا. يستجيب لها بالاستبصار الكافي.

وتكاد الزملة المتضنة في هذا المقياس تكون شبيهة بالفئة التشخيصية القديمة من العصاب وهي النيوراسثينيا. والدرجة الم تفعة الصادقة على هذا المقياس تعبير - على الأقل - عن محاولة للاطمئنان، وفي الحالات الشديدة للتنفيس عن التوهم المتصل بالمرض الجسدى. والأغاط الممثلة لتوهم المرض تكون أحياناً جانباً بارزاً من الفصاء. وغالباً تكون شائعة في الانقباض أيضاً، وعادة تنخفض الدرجة على مقياس توهم المرض دون محاولة علاجية معينية إذا اختفيي الانقباض. ولكن أحياناً يكون توهم المرض هو المصدر الأساسي للانقباض، وبذلك تنعكس العملية الدينامية، أي أن خبوف المريض على صحت الجسمية قد يكون مصدر الانقباض. وبينما نجد المرضى الذين يعانون فعلاً من مرض جسمي يسهل إثباته والتيقن من وجوده يحصلون عادة على درجة عالية في مقياس الهستيريا، بسبب شكواهم النفسية من المرض، وقد وجد أن الأشخاص من ذوى الدرجات المرتفعة على المقيساس (ه س، الهستريا) يوصفون عن يعرفون بتعدد الاهتمامات وبالاقبال على الناس وبالعطف والنظام والاعتراف بالجميل. ويختلف توهم المرض عن الهستيري في أن متوهم المرض، يكون غالباً أكثر غموضاً من الهستيري في وصف شكواه، كما أنه لا يظهر دليلاً واضحاً على أنه يستعين بالأعراض على الخروج من مأزق أو موقف غير مقبول كما يفعل الهستيري. ومتوهم المرض يكون له غالباً تاريخ طويل من المبالفة في شكواه الحسمية.

وقد تتحسن الدرجة المرتفعة على هذا القياس غالباً نتيجة للعلاج السيكولوچي إلا أن النمط الأساسي للشخصية لا يحتمل أن يتغير تغيرا كبيراً والمرض العضوى المعتاد لا يرفع درجة الشخص ارتفاعاً كبيراً لأن المقياس يكشف عن الفروق بين المريض عضوياً وبين متوهم المرض.

٢ - مقياس الاكتئاب:

يرتبط هذا المقيساس بالزملات الانقباضية المختلفة، وقد استخرج هذا

المقياس اساساً من أسبحا ، ب المرضى الأغياصيان والدين يعاسون مين حالات الجنون الدوري والداحة المرتفعة على المهاس بدل على انخفاص في الروح المعتوية مع الشعور بالناس والعجر عن النظر الي المستقبل نظره عادية متفائلة، وقد يكون الانفياض هو العجز الرئيسي عند المفحوص أو قد يكون مصاحباً أو نتيجة لاضطرابات أخرى في الشخصية.وفي حالات معينة قد يغيب الانقباض عن الملاحظة العارضة، وهبو ما يسمى (بالانقباض الباسم) وفيه ترتفع الدرجة على المقياس رغم أن المريض قد ينكر وجود الأنقباض اذا سئل سؤالاً مباشراً. ويتكشف الانقباض في مثل هذه الحالات عن طريق نظرة الشخص إلى المستقبل وغالباً ما يصر مثل هؤلاء الأشخاص على أن اتجاهاتهم وحدها الاتجاهات الواقعية،حيث أن الموت محتوم، والزمن ينقضي والدرجة المرتفعة على المقياس لها دلالة أخرى عيزة للشخصية، لأن الشخص الذي يستجيب استجابية انقباضية للشدائد يتميز بنقص في الثقبة بالنفس، ونزعة إلى القلق وضييق في الاهتمامات وانطواء، ويرى البعض أن الانتحار يكون أمراً مرجعاً، إذا كانت الدرجة على المقياس مرتفعة نوعاً ما ولكن المريض لا يسلك سلوك المنقبض.

وبعض الأشخاص عن يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقباس يستجيبون بسرعة للتحسين في بيئاتهم أو للكلام الدارج، أو للعلاج النفسي، إلا أن مشل هؤلاء الأشخاص يحتمل غالباً أن يظلوا عرضة للانقباض، أما العدد الأكبر من الأفراد، فإنه لا يستجيب استجابة سريعة للعلاج، ولكن درجاتهم نتجه ببط عم الزمن نحو السواء. وقد وجد أن أهم الصفات التي سبت إلى من حصلوا على درجات مرتفعة على هذا المقياس هي القلق. الصراحة. التواضع، الكرم، الحساسية، شدة العاطفة، تقدر الجمال، أما الذين حصلوا على درجات منخفضة، فقد وصفوا بالمرح أو التكيف، والثقة بالنفس، التعاون، والسلوك غير المتكلف.

٣ - مقياس الهستيريا (هـ ي) :

يقيس مقياس الهستيريا درجة تشابه المفحوص بالمرضى اللذين تظهر عليهم أعراض الهستيريا التحرلية.وقد تأخذ هذه الأعراض صورة شكاوى عامة منتظمة أو شكاوى أكثر تحديداً وتخصيصاً مثل الشلل التقلصات، الاضطرابات المعربة أو الأعراض القلبية، والأفسراد الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس معرضون أيضاً -على وجه الخصوص- لنربات مفاجئة من الضعف والاغماء، أو حتى ما يشبه نوبات الصرع.

وقد لا تظهر مطلقاً أعراض واضحة محدودة على شخص يحصل على درجة مرتفعة في المقياس، ولكنه في وقت الشدة يحتمل أن تظهر عليه الأعراض الهستيرية بوضوح. وأن يلجأ إلى حل المشكلات التي تواجهه عن طريق هذه الأعراض. وقد وجد أن هذا المقياس يعجز عن تمييز عدد صغير جداً من حالات الهستيريا التحولية غير المعقدة، والتي قد تكون واضحة جداً اكلينيكياً. ورغم أن التخلص من الأعراض الهستيرية، يكون أيضاً بصورة تقرب من أن تكون معجزة، إلا أن احتمال عودتها إلى الظهور يظل قائماً إذا استمرت أو إذا عادت الشدائد مرة أحرى. وقد وجد أن الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة على مقياس الهستيريا، يوصفون عادة بالصراحة، وكثرة الكلام، والتحسس، والميل للمجتمعات، والمخاطرة، والود والقلق. أما الأشخاص الذين يحصلون على درجات منخفضة على المقياس فإنهم يوصفون عادة بالتواضع لدرجة ملحوظة، منخفضة على المقياس فإنهم يوصفون عادة بالتواضع لدرجة ملحوظة، والاهتمامات المحدودة.

٤ - مقياس الانحراف السيكوباتي (ب د) :

يقيس هذا القياس درجة تشابه المفحوص بجماعة السيكوباتيين اللذين تتمثل صعوبتهم الرئيسية في نقص الاستجابة الانفعالية العميقة، وفي عدم القدرة على الافادة من الخيرة، وعدم الميالاة بالمعايير الأجتماعية ورغم أنهم يكونون أحياناً خطرين على أنفسهم أو على الآخريين، إلا أنهم يكونون عادة أذكيا - ومحبوبين. وهم بغير مقياس موضوعي مشل هذا المقياس قد يظلون أحياناً لمدة طويلة دون اكتشاف أمرهم إلا حين يقصون في مشكلات خطيرة. وقد يسلكون مسلك الأسويا - سنين عديدة بين كل أزمة وأخرى. وتنحصر أخطر أوجه انحرافهم عن المعايير الاجتماعية نسى الكذب، والسرقة، إدمان الحمور والمخدرات والشئوذ الجنسى. وقد تمر بهم فترات من الهياج السيكرياتي الحقيقي، أو الانقباض بعدد اكتشاف شذوذهم. ولكنهم يختلفون عن بعض فئات المجرمين في عدم قدرتهم على الافادة من الحيرة، وفيما يبدو من أنهم يرتكبون أفعالهم من غير تفكير في كسب محتمل لأنفسهم أو دون تجنب اكتشاف أمرهم.

ولا يجدى أي علاج-على وجه الخصوص-فى تحسين حالات الأشخاص ذوى الدرجات الرتفعة على هذا المقياس. وقد يبذل الاكلينيكى مجهوداً ضخماً وبهتم اهتماماً عميقاً بالمريض، ولكنه يفشل فى أن يتلقى مقابل ذلك أكثر من مجرد ولاء سطحى عابر.

ويبدو النحرف السيكوياتي للملاحظ أنه ينشد خبرات خطرة في محاولة منه للاحساس بمشاعر انفعالية مثل تلك التي يحسها الشخص العادي. وقد ينتحر أو يشرع في الانتحار، إلا أن مصدر ذلك الفراغ الانفعالي أكثر من أن يكون انقباضاً عنيفاً أو اعترافاً بالفشل. وبينما يستطيع الفرد أن يعبر لفظياً عن عواقب سلوكه إلا أنه يفشل غالباً في تقدير دلالة هذا السلوك في إطار الترافق الاجتماعي على المدى الطويل.

وإذا ما وجد الانقباض، فإنه يعبر عادة عن خوف من العقاب العاجل، وفقدان الحرية أكثر مما يكون شعوراً بالذنب أو الأسف أو ما شابه ذلك، وتشيع غالباً النزعة إلى لوم الآخريين أو التماس الأعذار لما أرتكبوا من أعمال وهم يدعون أن الآخرين قد ضللوهم عن الطريق السوي، واستغلوا براءتهم وأن تأنيب الأسرة لهم كان من القسوة لدرجة اضطرتهم للشورة، والفرد في مجموعة الانحراف السيكوباتي نظراً لثقته الفائقة في قدراته، فإنه يحس بأنه مضطهد من المجتمع حين يعاقب على سلوكه.

وإذا كانت الدرجة على مقياس الانحراف السيكوباتي مرتفعة ارتفاعاً كبيراً عن بقية المقاييس، وكان المفحوص صغير السن نسبياً، فإن الاحتمال قليل في أن يستطيع تجنب الاصطفام بالقانون، إذا لم يخضع لرقابة صارمة. وفي التعامل مع المنحرف سيكوباتياً يجب عدم الضغط على صغار السن لتحقيق مستويات مرتفعة من التحصيل للدرسي أو النجاح المهني حتى إذا كانت قدراتهم تسمح بذلك، ولعل وضع الحالات الخطيرة في المؤسسات ليس أكثر من وسيلة لوقاية المجتمع ووقايتهم. وقد نجد بعض الناس من ذوى المهن الراقية يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس . الا أن أزماتهم – إذا وجدت – يتجاهلها الآخرون أو تخفى بعناية. وقد وصف الأشخاص ذوى الدرجات المرتفعة على هذا المقياس بالاقبال على المجتمع، والصراحة، وكثرة الكلام، والمخاطرة، وحب الكحول،

بينما وصف الأشخاص ذوى الدرجات المنخفضة بأنهم حادون عاطفيون، يراعون التقليد، متزنون، ذو اهتمامات محدودة. (١)

٣ - اختبار الذكاء المصور: (ملحق رقم ١)

تعریف الاختبار :

هذا الاختبار من النوع غير اللفظى الجمعى، فهو غير لفظى لأنه لا يعتمد على اللغة الاكوسيلة فى شرح تعليمات الاختبار، والمقصود منه للأقراد اللذين يطبق عليهم الاختبار.

الويس كامل مليكة، محمد عماد الدين إسماعيل، عطية محمود هنل، ١٩٧٤ :
 تعليمات اختيار الشخصية ألتعدد الأوجه، الناهرة، النهضة المرية.

أما أداء الأقراد في الاختبر بسبه قلا بحضيع لأي عاميل لغوي أو مهارة في اللغة، لأن هده العلاقه اصلا علاقه بشابه أو اختلاف بين وحدات الاختبار، حيث أن اسنله الاحب عن صور بطلب من المفحوص أن بدرك العلاقة بينهما

والاختبار جمعي لأنه عكن بطبيفه على عدد من الأفراد أو جماعة منهم في وقت واحد بواسطة فاحص واحد.

والفكرة الرئيسية التي يقوم عليها بناء الاختبار هي فكرة التصنيف، أي ينظر الفرد إلى الأشكال الخمس الموجودة في شكل سطر، ثم يحدد علاقة التشابه بينها، وينتقى أحد الأشكال من حيث أنه المختلف عن الأشكال الأربع الأخرى، وقد روعى في تصميم الاختبار خلوه من أي عنصر لا ينتمى إلى البيئة المصرية.

الهدف من الاختبار:

■ يهدف هذا الاختبار إلى تقدير القدرة العقلية العامة لدى الأفراد فى الأعمار من سن الثامنة إلى السابعة عشر وما بعدها – ويعتمد أصلاً على إدراك العلاقة بين مجموعة من الأشكال وانتقاء الشكل المختلف من بين وحدات المجموعة، وقد ثبت فى الميادين المختلفة التى استعصل فيها الاختبار أنه مفيد جداً فى حالات التشخيص الأولى. وتتضاعف فائدة هذا الاختبار حبث تتوافر فيه الشروط التالية:

■ من حيث أنه احتبار غير لفظى لا يعتمد على اللغة في الاجابة عليه
 وبالتالى يمكن تطبيقة دون اعتبار للمستوى الثقافي للأقراد.

■ أنه يمتد مى مرحله رمنية كبيرة إد يصلح للتطبيق إبتداء من سن الثامنة إلى ما بعده - ومن المعروف علمياً أن الاختبارات الجمعية لا تكون مقاييس صالحة قبل سن التامنة.

تكون مقاييس صالحة قبل سن التامنة.

Table 1.

Table 2.

Table 3.

**Table 3

طريقة انتصحيخ واستخراج المعايير :

مفهوم السنة الزمنية في هذا الاختبار هو السنة الزمنية العادية، بعني. أن طفل الثامنة من كان عمره ثمان سنوات أو أقل من تسع سنوات، أي أن السنة الزمنية تمتد من أول السنة إلى نهايتها.

والطريقة التي تستخرج بها نسبة ذكاء الفرد أو درجتم المتوية كما يلي:

- ١ يصحح الاختبار وفق المفتاح الخاص به.
- ٢ يحدب الصواب بدرجة ولا يحسب الخطأ أو المتروك.
 - ٣ تجمع الاجابات الصنعيحة.
 - ٤ يحدد العمر الزمني للفرد.

 ٥-يبحث عن الدرجة الخام التي نالها الفرد في العمود المناسب لعمره الزمني ونضم حولها دائرة.

٦ - نقرأ المقابل المنوى أو نسبة الذكاء.

٧ - بيان المعايير عبارة عن جدول مقسم إلى خانات عشل الأعسار الزمنية من ١٧:٨ سنة ويتضمن كل عمود توزيعاً خاصاً للدرجات، ويوجذ على المين خارج الجدول العام أرقام تدل على المنويات، أي ترتيب الفرد المنوى بين أذراد العينة المتثمرة معه في العمر الزمني في هذا الاختبار، ويوجد على يسار الجدول أرقام تدل على نسبة الذكاء المقابلة.

■ ويلاحظ وبمود ثلاث مطوط متقطعة الأول عند المشوى الخامس والعشرين، ويمثل حدود الفئة الدنيا في جميع الأعمار، والثاني عند المنوى الخمسين ويمثل حدود الفئة الأقل من المتوسط، والثالث عند المنوى الخامس والسبعين ويمثل حدود الفئة فوق المتوسط، كما أن الدرجات التي تقع فوق هذا الخط تمثل أصحاب المستويات الممتازة في هذا الاختبار.

ولاست راج الدرحة المثرية أو نسبة الذكاء المقابلة للدرجة الخام التي

نالها الفرد فى الاختبار، نحدد العمر الزمنى للفرد ثم ندخـل العمـود المخصص لهذا العرود ونبحث عن الدرجة التى نالها الفرد ثم نضع حولها دائرة ونرسم خطأ أفقياً بالسطرة، ونقرأ الدرجة الواقعة على اليمين فتكون الدرجة المؤونة، أو على اليسار وتكون نسبة الذكاء.

تقنين الاختبار:

بدأ البحث في هذا الاختبار لقياس صلاحيته للتطبيق فيما بعد المرحلة الأولى من التعليم من سن ١٣- ١٧ سنة، وقد دلت الأبحاث التي أجريت في البيئة المصرية على أن النمو العقلي يكاد يقف في هذا الاختبار عند سن السابعة عشر، لذنك أتجه البحث الى قياس مدى صلاحية الاختبار للتطبيق على سن مبكرة عن ذلك.

الثيات :

حسبت معاملات ثبات هذا الاختبار في كثير من الأبحاث التي استعمل فيها، عن طريق التجزئة النصفية أو عن طريق تحليل التبايس، وتراوحت معاملات الثبات بين ٧٥ روهي أقل قيمة، ٨٥ روهي أعلى قيمة وهذه الأرقام تدل على معامل ثبات يكن الوثوق به علميا.

صدق الاختبار:

وقد حسب صدق هذا الاختبار عن طريق ارتباطه بالعديد من الاختبارات الأخرى مثل اختبارات معانى الكلمات، وإدراك المعانى ، والتفكير ، والقدرة العقلية العامة، والمعالجمة الذهائية، وكذلك حسب الصدق العاملى في دراستين الأولى لميسيل يونان والثانية لأمينة كاظم، وقد كان معامل الصدق - ٦٦٠ .

المايير:

لهذا الاختبار معياران:

ألأول: انعبار المنوى.

والثاني:هو معيار نسبة الذكاء وكلاهما نوع من الموازين المطلقة التي ترد اليها الدرجات الخام.

القيمة العملية لاختبار الذكاء المصور:

- يعتبر اختبار الذكاء المصور من أدن الاختبارات غير اللفظية من حيث قدرته على إعطاء الصورة الأولية عن المستوى العقلى العام للفرد، وخاصة أن تقنين الاختبار أعطى فترة زمنية كبيرة نسبياً يصلح الاختبار لتطبيقه فيها.
- كذلك فإن الاختبار قد أثبت صلاحيسة كبرى فى تقديسر المستوى العقلى للأفراد الكبار فوق عشرين عاماً إلى ستين عاماً بغض النظر عن مقدرة هؤلا الأفراد في القراءة والكتابة أو أميتهم سواء كانوا رجالا أم نساءاً.
- كذلك نجح الاختبار فى تشخيص حالات التخلف العقلى كما ثبت ذلك من الممارسة العملية فى فصول المتخلفين من نتائج تطبيق الاختبار فى السنوات الأولى من المرحلة الابتدائية، كذلك أعطى برهاناً فى التفوقة بين المتخلفين عقلياً.
- وبالاضافة الى ذلك سهولة استعمال الاختبار فى مجال الدراسات
 السلوكية والنفسية والتربوية المختلفة. (١)

٤ - استبیان مستوی الطموح: (ملحق رقم ۸)

عرف مستوى الطموح فى هذا الاستبيان بإنه «سمة ثابتة نسبياً تفرق بين الأفراد فى الرصول إلى مستوى معين يتفق والتكوين النفسى للفرد وإطاره المرجعى ويتحدد حسب خبرات النجاح والفشل التى مر بها ».

 ⁽١) أحمد زكي صالح، ١٩٧٠ كراسة تعليمات اختيار الذكاء المصور، القاهرة، المطبعة
 العالمية ص ص ١ - ١٠٢٠.

وصف الاستبيان :

يحتوى الاستبيان على ٧٩ سؤالاً تتدرج تحت سبع سمات رئيسية كل منها وضع له عشرة أسئلة ماعدا السمة (الميل إلى الكفاح) لاعتبارات احصائية، وضع لها ٩ أسئلة، ثم وضعت عشرة أسئلة خاصة بالمراجعة وزعت بين باقى أسئلة الاستبيان، وفيما يلى بنود الاستبيان:

- ١ النظرة إلى الحياة (وقد رمز لها بالرمز ن).
- ٢ الاتجاه نحو التفوق (وقد رمز لها بالرمز ت).
 - ٣ تحديد الأهداف والخطة (رمز لها بالرمز هـ) .
 - ٤ الميل إلى الكفاح (ك).
- ٥ تحمل المسئولية والاعتماد على النفس (س).
 - ٦ المثابرة (م).
- ٧ الرضا بالوضع الحاضر، والإيمان بالحظ (ح).

وهذه السمات تكشف عن مستوى طموح الفرد فى ضوء ما جماء بمه من تجربة تأليف الاستبيان. أن الشخص الطموح يميل إلى الكفاح، نظرته إلى الحياة فيها تفاول، ولديه القدرة على تحمل المسئولية، مثابر، ميال للتفوق ويسب وفق خطة معينة.

ثبات الاستبيان وصدقه :

كانت معاملات الثبات ٨ر والصدق ٥ وفي التجربة الأساسية لتطبيقه على عينة أختيرت عشوائياً من طلبة وطالبات كلية الآداب، جامعة عين شمس والمعهد العالى للخدمة الاجتماعية.

طريقة تطبيق الاستبيان:

عكن أن يستخدم بطريقة فردية في جلسات خاصة أو بطريقة جماعية. .

تصحيم الاختبار:

تعطى درجة واحدة لكل إجابة صحيحة وفق مفتاح التصحيح الخاص بهذا الاستبيان^(١).

ه - اختبار القدرة على التفكير الابتكارى: (ملحق رقم ٢)

تصميم الاختبار :

ظهرت ثلاثة وسائل يستخدمها الباحثون فى التعرف على المبتكرين:

الأولى: وفيها يعتب الباحث على مقاييس التقدير Rating Scales
مسلماً بأن الانسان يستطيع أن يصدر حكمه على غيره بالنسبة إلى سمة
معينة إذا ما أعطى تعريفاً لهذه السعة.

الثانية: وفيها يعتمد الباحث على الانتباج كرسيلة للتعرف على المبتكرين فالمبتكر هو من انتج انتاجاً اتفق المجتمع على إنه انتاج مبتكر.

الغالثة: وفيها يسلم الباحث بأن الابتكار عملية عقلية تتدخل فيها عوامل معينة، وأن هذه العوامل شائعة بين أفراد الجنس البشرى وأن اختلاف الأقراد فيها هو اختلاف في الدرجة لا في النوع، وأن هذه العوامل يكن قياسها عن حريق مواجهة الفرد ببعض المواقف التسى يستطيع أن يعبر عنها، والتي يستطيع فيها المختبر أن يلاحظ ذلك التعبير، وهنا يقوم المختبر بتحديد العوامل المقاسة ثم يصمم عدداً من المواقف مسلماً بأن هذا العدد يمثل المواقف المختلفة التي يعبر فيها عما يقاس تمثيلاً

وقد بنى هذا الاختبار على الرسيلة الثالثة للتعرف علي المبتكرين أو من عندهم استعداد للابتكار، والتفكير الابتكارى هو نوع من التفكير

 ⁽١) كاميليا عبد النتاح، ١٩٧٥. كراسة تعليمات استيبان مستوي الطموح، القاهرة،
 النهضة العربية. عن ح. ٣ - ٥

ينطلق فيه الفرد عبر ما أصطلحت وتعارفت عليمه الجماعية التي يعيش فيها الى مجالات وأفكار جديدة منتجاً انتاجاً جديداً بالنسبة إليه أو بالنسبة إليها أو بالنسبة إليهما معاً.

وقد أتضح من الدراسات أن التفكير الابتكارى يعتمد على أنواع معينة من العوامل، منها عوامل الطلاقة، والمرونة والأصالة وهي العوامل التي يقيسها الاختبار.

تعريف الموامل المقاسة:

 الطلاقة اللغظية: وهى القدرة على سرعة ذكر أكبر عدد عكن من الكلمات التي تتوافر فيها شروط معينة.

 ۲ - الطلاقة الفكرية: وهي القدرة على سرعة انتاج أكبر عدد عكن من الأفكار التي تنتمي إلى نوع معين من الأفكار والتي تحددها بنود الاختبار.

المرونة التلقائية: وهي القدرة على سرعة انتساج أكبر عدد
 مكن من أنواع مختلفة من الأفكار التي ترتبط بوقف معين يحدده الأختبار.

 ٤ - الأصالة : وهى القدرة على سرعة انتاج أكبر عدد ممكن من الاستجابات ذات الارتباطات الغير مباشرة (البعيدة Remote Association) بالمرقف المثير.

ويتكون الاختبار من خمسة اختبارات وهي :

ما يقيسه الاختبار	اسم الاختيار
الطلاقة اللفظية	اختبار الطلاقة اللفظية (١)
الطلاقة اللفظية	اختبار الطلاقة اللفظية (٢)
الطلاقة الفكرية	اختبار الطلاقة الفكرية
المرونة التلقائية	اختبار الاستعمالات
الأصالة	اختبار المترنبات

وهذه الاختبارات من النوع المفتوح حيث تترك للممتحن الحرية في كتابة الاجابات التي تعن له ويتفق هذا مع طبيعة العوامل المقاسة.

ثبات الاختبار:

استخرجت معاملات ثبات هذه الاختبارات بطريقتين:

 ١ – اعادة الاختبار بعد مرور فترة ثلاثة أسابيع بالنسبة إلى اختبارى الطلاقة اللفظية.

٢ - استخدمت طريقة القسمة النصفية في حالة بقية الاختبارات ثم
 عدلت المعاملات المستخرجة باستخراج معادلة سبيرمان - براون.

جدول رقم (۳۰)

معامل الثبات	الطزيقة	اسم الاختبار
۲۲ر	اعادة الاختبار	اختبار الطلاقة اللفظية (١)
۲۲ر	اعادة الاختبار	اختبار الطلاقة اللفظية (٢)
ه٧ر	القسمة الى نصفين	اختبار الطلاقة الفكرية
٦٩٩ر	القسمة الى نصفين	اختبار الاستعمالات
۸۰ر	القسمة الى نصفين	اختبار المترتبات
1 /		

صدق الاختيارات :

اعتمد في دراسة صدق هذه الاختبارات على طريقتين:

١ - الصدق المنطقي.

۲ - العلاقة بين اختبار القدرة على التفكير الابتكارى والتحصيل
 المدرسى، وذاك كما أوضحت الدراسات وكانت جميع معاملات الارتباط
 دالة احصائياً عند مسرى ١٠٠٠

رصف الاختبارات:

هذه الاختبارات كغيرها من اختبارات التفكير المنطلق من النوع المفتوح، أى أن المختبر خرفئ كتابة الاجابة التى يرغب فى كتابتها.

زمن الاختبارات :

كل اختبار من هذه الاختبارات مقسم إلى أجزاء، يجيب عن كل جزء . منها في زمن محدد، وفيما يلي الأقسام والزمن المحدد لكل منها. (١)

جدول رقم (۳۱)

الزمن المحدد	عدد الأجزاء	اسم الاختبار
٦ دقائق	٣	الطلاقة اللفظية (١)
٦ دقائق	٣	الطلاقة اللفظية (٢)
۸ دقائق	٤	الطلاقةالفكرية

اختبارات القدرة على التفكير الابتكارى كما استخدمت في البحث :

تبين من الدراسة الاستطلاعية أن معظم مدمنى المخدرات الذي سيتناولهم البحث يعانون من الأمية ولا يجيدون القراءة والكتابة، وكذا أذاد المحموعة الضابطة.

ونتيجة لذلك اختير من اختسارات القدرة على التفكير الابتكارى، الاختسارات التى لا تحتاج إلى ثقافة لفظية أو قدرة لغوية عالية، فاستخدمت اختبارات الطلاقة الفكرية، المترتبات، والاستعمالات.

وقد طبقت هذه الاختبارات الثلاثة في الدراسة الاستطلاعية على عينة

 ⁽١) عبد السلام عبد الغفار، ١٩٩٠، كواسة تعليمات قياس القدرة على التفكير الابتكارى، القامرة، التهضة الصرية.

قوامها خصدة أفراد من مدمنى المخدرات، وكانت تقدوم الباحثة بقراءة بنود الاختبارات بنداً بنداً للمفحوص وتطلب منه الاجابة وتسجل الاجابة التى ذكرها، مع حساب الزمن المستغرق، وكان المفحوصين قد استوعبوا جميع بنود الاختبارات فيما علا بنداً واحداً من بنود اختبار المترتبات فكانت كلمة الجاذبية الأرضية التي لا يستطيع المفحوصين فهمها، فكانت الباحثة تشرح لهم هذه الكلمة قبل بداية الاختبارات جميعها. ثم تبدأ بالتطبيق بعد ذلك.

وقد طبقت هذه الاختبارات الثلاثة على عينة قوامها عشرة أفراد جميعهم من طلاب قسم علم النفس وتم التطبيق بطريقتين. الطريقة الأولى، وفيها يقوم الطالب بقراءة بنود الاختبار بنفسه ويجيب عنها أيضاً مع حساب الزمن المستغرق أيضاً. وقد لوحظ أن اجابات المجموعة في مرتي التطبيق كانت متشابهة في عدد الاجابات الخاصة بكل بند من بنود الاختبارات (أي أن الفرد الذي أجاب على عشر نقاط في الجزء الأول من اختبار الطلاقة الفكرية مثلاً بطريقة التطبيق الأولى، كان يجيب أبضاً على نفس العدد من الاجابات في طريقة التطبيق الثانية). علماً بأن الوت المستغرق كان واحد في المرتين.

وللتأكد من عدم وجود فروق بين طريقتى التطبيق - وأن تطبيق الاختيارات على المفحوصين الأميين على أن تقوم الباحثة بكتابة الإجابات التى يذكرونها - تم حساب قيمة «ت» لطريقتى التطبيق على كل اختيار من الاختيارات المستخدمة وكانت نتيجة حساب قيمة «ت» بين مرتى التطبيق لاختيار الطلاقة الفكرية كما يوضحها جدول رقم (٣٢):

جدول رقم (٣٢) يوضع دلالة الفروق بين طريقتى التطبيق على اختيار الطلاقة الفكرية «ت»

دلالتها	ت	γċ	46	۲۴,	١ن	18	16	الاختيار
غير دالة	۸۲ر	۸.	۲۳ر٤	٤٠٠٤	١.	٤٣٩ع	41	طلاقة فكرية

وكانت قيمة «ت» غير دالة عند مستويين الدلالة ٠٠١ ، ٥٠٠٠

وكذلك تم حساب قيسة «ت» لمرتي التطبيق على اختيار المترتبات وكانت النتائج كما يوضحها جدول رقم (٣٣)

جدول رقم (٣٣) يوضح دلالة الفروق

بين طريقتي التطبيق على اختبار المترتبات

دلالتها	ت	γù	48	AL.	۱٥	18	١٣	الاختيار
غير دالة	٤٢ر	1.	4,44	٤ر١٢	١.	۳۲۲	۲٫۲	مترتيات

وكانت قيمة «ت» غير دالة عند مستويين الدلالة ١٠٥، ٥٠٠٠

وأيضاً لمعرفة دلالة الفروق بين طريقتى التطبيق على اختبار الاستعمالات كانت نتائج حساب قيمة «ت» كما يوضحها جدول رقم (٣٤).

جدول رقم (٣٤) يوضح دلالة الفروق بن طريقتي التطبيق على اختبار الاستعمالات «ت»

دلالتها	ت	۲ن	48	46	۱ن	18	15	الاختبار
غير دالة	۲۲ر	١.	۱ر۲	۷٫۷	١.	۱٫۲	۲۰٫۳	استعمالات

ويتضع من جميع نتائج حساب دلالة الفروق بين طريقتى التطبيق بحساب قيسة «ت» أنه لا توجد فروق دالة بين الطريقتين لا من حبث الزمن الستغرق ولا طريقة التطبيق.

ثبات الاختبارات المستخدمة :

بعد عرض هذه الطريقة للتطبيق على مجموعة من الأساتذة المتخصصين في علم النفس اقترحوا ضرورة حساب معامل الثبات لهذه الاختبارات المستخدمة نظراً لاختلاف عينة البحث الحالى ، عن عينة الثبات الأصلية في الاختبارات.

وقد تم حساب الشبات للاختبارات الشلائة (الطلاقة الفكرية - المترتبات - الاستعمالات) بطريقة التجزئة النصفية بحساب معادلة رولون المختصرة لحساب معاملات الثبات. وذلك بعد تطبيق الاختبارات الثلاثة على عينة قوامها ثلاثين طالباً من طلاب قسم علم النفس الفرقة الرابعة، وقد تم التطبيق بصورة فردية، حيث كانت الباحثة تقرأ بنود الاختبار بندأ بندأ بندأ وتسجل الاجابات الخاصة بكل جزء . وكانت معاملات الثبات كما توضحها الجداول التالية :

جدول رقم (٣٥) يوضح قيمة معامل الثبات بطريقة رولون المختصرة لاختبار الطلاقة الفكرية

دلالتها	رفز	رأأ	45	ع۲ ق	الاختبار
دالة مرتفعة٠	۸۹ر	۹۹۸	۹۲٫٦٦	۲٫۹۳	طلاقةفكرية

وكان معامل ثبات هذا الاختبار مرتفع.

جدول رقم (٣٦) يوضح قيمة معامل الثبات بطريقة رولون المختصرة لاختبار المترتبات

دلالتها	رفز	رأأ	45	ع۲ ق	الاختبار
دالة مرتفعة	۹۷ر	٩٤٧ر	۲۸۱ر . ۲	۱۷ر۳	المترتبات

جدول رقم (٣٧) يوضح معامل الثبات بطريقة رولون المختصرة لاختبار الاستعمالات

دلالتها	رفز	رأأ	45	ع۲ ق	الاختبار
دالة مرتفعة	٥٩ر	۹۰۱ر	۱٦٫۱۸٤	١٦١٦	استعمالات

وكما توضح جداول معامل الثبات السابقة فكانت جميعها مرتفعة، وقد اعتمدت الباحثة في صدق الاختبار، على الصدق المنطقى الذى أورده واضع الاختبار حيث أنها لم تتعرض لبنود الاختبار بالتعديل ولم تغير من أسلوبه في شئ.

استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي (ملحق رقم ٣)

أسفرت الدراسة الاستطلاعية عن عدم جدوى أدوات قياس المستوى الاجتماعي الاقتصادى الموجودة حالياً للتطبيق على عينة البحث من عدة نواحى:

- أن معظم الأدوات التي تقيس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للفرد من حيث أسرته، ولا تركز على الفرد نفسه، ولما كان معظم أفراد عينة البحث الحالى مستقلين عن أسرهم اجتماعياً واقتصادياً لذا كان من الضروري تصميم استمارة تغطى هذا الجانب.
- أن فئات الدخل في الاستمارات التي تقبس المستوى الاجتماعي الاقتصادى لا تعكس الدخل الحقيقي لمعظم الطبقات الآن ، وخاصة بعد سياسة الانفتاح الاقتصادي وما سببته من خلل في التركيب الاجتماعي للمجتمع المصري، حيث لم تعد المهن ذات المستوى العلمي والمؤهلات الاكاديمية هي التي تدر الدخل المرتفع ، بل أصبحت المهن الحرفية هي التي تدر الدخل المرتفع ، بل أصبحت المهن الحرفية هي يختلف عن المتربع على قمة المستوى الاجتماعي يختلف عن المتربع على قمة المستوى الاجتماعي تصميم استمارة تختلف فئات دخلها ، فئات الدخل الموجودة في الاستمارات السابقة وتلاتم بعض الشئ جميع الطبقات.

تعريف المستوى الاجتماعي الاقتصادى :

المستوى الاجتماعي الاقتصادي يعد متغير بالغ الأهمية في مجال البحوث النفسية والاجتماعية، نظراً لما يقترن به أو يصاحبه ويترتب عليه من أغاط سلوكية يتمثلها الفرد، وتحدد بدورها تفكيره، وتوجه استجاباته تفاعلاً وتكيفاً مع ما يتعرض له أو يعايشه في حياته اليومية وحياة مجتمعه من أحداث وتطورات. ويؤكد الكثير من الباحثين في علم النفس الاجتماعي مثل «جولدن» Golden (١٩٦٩) إلى أهمية التفاعل الذي يحدن بين الفرد ، وما يحيط به من أفراد وجماعات وأن سلوك الفرد عبارة عن محصلة لمجموعة القوى والعوامل المتفاعلة، وأن بعض هذه العوامل يرتبط بالتكوين النفسي للفرد، وبعضها يرتبط بالبيئة التي يعيش فيها الفرد (۱).

ويختلف وضع الفرد الاجتماعى باختلاف الطبقة التى ينتمى إليها وتؤثر هذه الطبقة فى نمو شخصيته وسلوكه تأثيراً بالغ الخطورة، ويمبل معظم علماء الاجتماع المعاصرين إلى تعريف الطبقة الاجتماعية على أساس «المكانة» ومع أن كلاً من مفهوم الطبقة والمكانة متميزان إلا أنه كثيراً ما يحدث نوعاً من التداخل والادماج بينهما. والطبقة الاجتماعية كما يعرفها «چينزبزج»(١٩٥٩) «Ginsberg (١٩٥٩) هى جماعات من الأفراد أصبح لديهم من خلال الاشتراك والتشابه فى المهنة والثروة والتعليم طابعاً متشابها فى الحياة، والتفكير والمشاعر، والاتجاهات وأشكال السلوك، وهم ينظرون إلى أنفسهم على أنهم ينتمون إلى جماعة واحدة السلوك، وهم ينظرون إلى أنفسهم على أنهم ينتمون إلى جماعة واحدة

⁽¹⁾ Goldin D.A., 1969, Review of Children. Report of Parental Behaviour Psychology, London: Heinemann, P 223.

تشترك في كل أو بعض الجوانب^(۱) أما المكانة الاجتماعية كما يعرفها «سبروت»Sprotte (١٩٦٣) فهي الوضع الذي يشغله الفرد ، ومقدار الحقوق والواجبات التي يتمتع بها ، وهي بذلك تستخدم كمفهوم عام يتضمن ترتيب جماعات الناس علي أساس قابل للمقارنة تشير إلي المسافة الاجتماعية والهيبة، وإلي مقدار الحقوق والواجبات، أما مؤشرات المكانة الاجتماعية التي تحدد المستوي الاجتماعي الاقتصادى فيدخل في تحديدها كل من :

- الغلسفة العامة التي يوضع في إطارها كل من مفهوم المكانة الاجتماعية والطبقة الاجتماعية (٢).

- الظروف الموضوعية التوعية الخاصة بالمجتمع موضع الدراسة وهناك الكثير من العلماء اللذين سعوا إلى تعريف المستوى الاجتماعي الاقتصادى تعريفاً نظرياً وإجرائياً.

حيث عرف أسعد رزق المستوى الاجتماعي الاقتصادي بأنه المستوى الذي يشير إلى الموقع الذي يحتله الفرد في مراتب النفوذ الاجتماعي أو في مقومات الوجامة الاجتماعية، ويدل المستوى الاجتماعي الاقتصادي على الموقع الطبقي للفرد أو المرتبة التي يحتلها في التوزيع الطبقي داخل المجتمع (٣).

⁽¹⁾ Ginsberg, M., 1972, "Class Conaciovsness". In: David L. Sills (ed), International Encyclopdia of the Social Sciences, Vol (3 and 4) New York: The Free Press. P 538

 ⁽٢) عبد الحليم محمسود السيد ، ١٩٨٠ ، الإسرة وإبداع الأبناء - دواسة ننسيسة اجتماعية لمعاملة الوالدين في علاقتهما بقدرات الإبداع لدى الأبناء - القاهرة: دار المعارف. ص ٢٧٧٠.

 ⁽٣) أسعد رزق، ١٩٧٧، موسوعة علم النفس. بيروت، المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
 ص ٢٠٤.

ويرى عبد المنعم الحفنى أن المستوى الاجتماعى الاقتصادى هو المركز الاجتماعى الاقتصادى للفرد كما تحدده مهنته ودخله وتكاليف سكنه وأقاربه (١)

ويعرف تيرى وتوماس Terry & Thomas 79 المستوى الاجتماعى الاقتصادى بأنه «وضع الفرد في أي مجموعة أو ثقافة أو مجتمع، ويحدد هذا الوضع بالثروة والوظيفة والتعليم والطبقة الاجتماعية »(٢).

وقد وضع وارنز Warner 60 مقياساً لقياس متغير المستوى الاجتماعي الاقتصادي يعتمد على أربعة عوامل هي :

- ١ مستوى مهنة الوالد.
- ٢ مستوى دخل الأسرة.
 - ٣ مستوى المنزل.
- ٤ مستوى المنطقة السكنية.

وقد صمم «وارنر» Warner مقاييساً متدرجة يشتمل كل مقياس منها على سبع نقاط لتحديد حظ الأسرة من كل عامل من هذه العوامل الأربعة، وكانت حصيلة هذه الدراسة هي تصنيف الدرجات الكلية التي تم الحصول عليها إلى خمس شرائح اجتماعية يعبر كل منها عن مستوي اجتماعي معين (٣).

ويرى «ماكس فببر » Max Weber أن المستوي الاجتماعي الاقتصادي

 ⁽١) عبد المنعم الحفني، ١٩٧٨، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. القاهرة، مكتبة مديولي ص ٣١٥.

⁽²⁾ Terry Pag G., and Thomas J. B., 1979, International Dictionary of Education, London; Billing and Sons (LTD). P 316.

⁽³⁾ Warner, W.L., and Others, 1960, Social Class in America. New York: Herper and Row.

يتحدد من خلال :

- امتلاك الوسائل والمدعمات الاقتصادية.
- التسهيلات أوالمعايير الخارجية للمعيشة.
 - التسهيلات الثقافية والترفيهية.
- امكانات العمل على مستوي المجتمع المحلى(١).

وقد استخلص «هولانجسهید » Hollingshead 58 من دراسته التی تناولت الوضع الاجتماعی لعینة من ٥٥ أسرة من اقلیم نیوهافن New الأمریكی عدة مؤشرات يكن الوثوق بها فی قیاس هذا المتغیر وهی:

- مستوى الحى السكنى الذي تقيم فيه الأسرة.
 - وظيفة الوالد ومستوى تعليمه.
- وقد تم تدرير كل منهما في ضؤ مقياس متدرج(٢).

وقد اعتمد ومحمد غالى» على مجموعة من الأبعاد التى اعتبرها ذات تأثير في تحديد المستوى الاجتماعي الاقتصادي، وقد شملت هذه الأبعاد:

- مهنة الوالدين.
- اجمالي دخل الأسرة.
- مستوى الحي السكنى الذي تعيش فيه الأسرة.

 ⁽١) عبد الخليم محمود السبد، ١٩٨٠، الإسرة وإبداع الأبناء - دراسة نفسية اجتماعية لمعاملة الوالدين في علاقتها بقدرات الإبداع لدى الأبناء - القاهرة: دارالمعارف ص ٢٧٣.)

⁽²⁾ Hollingshead A. B., and Redlish: F.Q., 1958: Social-Class and Mental Illness, A Community Study - New York: The Macmillan Company.

وذلك في محاولة منه لتقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادى في صورة كمية (١٠).

وقداعتمدم حمد سامى هنا فى قياسه للمستوى الاجتماعى الاقتصادى على المتغيرات التالية:

- الدخل.
- عدد أفراد الأسرة.
 - المسكن.
- استخدام الأجهزة والأدوات الحديثة.

وقد حدد محمد نسيم رأفت ثلاثة محكات لتحديد المستوى الاجتماعي الاقتصادي وهي:

- مستوى تعليم الوالدين.
- مستوى العمل الذي يقوم به الفرد.
 - مستوى دخله^(۲).

وكذلك حدد جميل منصور أبعاداً أربعة للمستوى الاجتماعي الاقتصادي للقرد هي:

- البعد المهنى للوالدين.
- البعد التعليمي للوالدين.
- البعد الاجتماعي للأسرة.

 (١) محمد أحمد غالي، ١٩٩٤، دراسة مقارنة للجائحين والعصابيين من حيث تنظيم الشخصية – رمالة دكتوراه (غير منشورة) كلية التربية – جامعة عين شمس.

 ⁽٢) محمد نسيم رأفت وآخرون، ١٩٦٧، دراسة مقارنة عن شخصية المتفوقين والعاديين من طلبة وطالبات المدارس الثانوية العامة – المجلة الاجتماعية القومية – المجلد الرابع – العدد الثاني.

- البعد الاقتصادي للأسرة (١١).

ويرى عبد السلام عبد الغفار وإبراهيم زكي قشقوش إن أهم المؤشرات التي تستخدم للدلالة على المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة هي :

- وظيفة الوالدين
- المستوى التعليمي للوالدين.
 - إجمالي دخل الأسرة.
 - عدد أقراد الأسرة (T).

ويرى محمود منسى أن المستوى الاجتماعي الاقتصادى بتضمن الحرائب والأبعاد التالية:

- وظيفة الوالدين.
- مستوى تعليم الوالدين.
 - دخل الأسرة.
- عدد الأخوة والأخوات .
- ظروف الأسرة السكنية (٢).

ويتضح من الدراسات السابقة وجود تقارب أو اتفاق بينهم في تحديد الأبعاد التي تقيس المستوى الاجتماعي الاقتصادي، وقد ساعدت هذه الدراسات الباحثة في تحديد بنود الاستمارة الحالية، وقد صممت هذه الاستمارة على التعريف الإجرائي الذي وضع في البحث الحالى عن

 ⁽١) محمد جسيل منصور. ١٩٧٣. دراسة تحليلية للقيم المرتبطة بالعمل لدى المرافقين
 المصريين - رسالة دكتوراه (غير منشوره؛ كلية التربية - جامعة عين شمس.

 ⁽٢) عبد السلام عبد الففار. إبراهيم قشقوش، ١٩٧٨، دليل تقدير الوضع الاجتماعية
 الاقتصادي للأسرة المصرية - مجلة النرية - المجلد الأول - العدد الأول.

 ⁽٣) مُحمود عبد الحليم منسى، ١٩٨٣، دليل استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي.
 الاسكندرية: دار النشر الجامعي.

المستوى الاجتماعي الاقتصادي، وقد حدد بأنه المستوى الذي يقيس وضع الفرد من عدة أبعاد هي:

- درجة تعليم الفرد.
 - وظيفة الفرد.
- درجة تعليم الوالدين.
 - وظيفة الوالدين .
- الحالة السكنية للفرد أو أسرته.
- الدخل الاجمالي للفرد في الشهر أو أسرته .
 - عدد أفراد أسرة الفرد.

أولاً - تقنين الاستمارة :

بعد تحديد الأبعاد تم بعد ذلك تحديد المفردات في ضوّ الأبعاد السابقة والتي يعتقد أنها تقيس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأفراد.

قامت الباحثة بعرض هذه الأبعاد ومفرداتها على مجموعة من المحكمين من اساتذة علم الاجتماع، الخدمة الاجتماعية، الأنثرويولوچيا، الادارة، التربية، علم النفس، الصحة النفسية.

كان عدد هؤلاء المحكمين ١٣ محكماً جميعهم من أعضاء هيئة التدريس بالجامعة (جامعة الإسكندرية، الأزهر، عين شمس)، وقامت بتعديل بعض الفردات لبنود معينة وفقاً لتعديلاتهم ولكن لم يتم تعديل بند بأكمله وهكذا كانت البنود كما اقترحتها الباحثة في بادئ الأمر.

ثانياً - تصحيع الاستمارة :

بعد تكرين الصورة النهائية للاستمارة قامت الباحثة مرة أخري بعرضها على المحكمين لتقدير الدرجة المعطاة لكل سؤال، وكانت الباحثة قد افترضت طريقة معينة عرضتها على المحكمين وكانت الصورة النهائية لتعديلاتهم مفتاح التصحيح التالي:

أولاً : وطيفة الفرد. وتكونت من مقياس متدرج يشمل ٧ درجات : -

ارية تنفيذية ٦	الدرجة	الوظيفة
	٧	إدارية عليا
ارية مهنية ٥	٦	إدارية تنفيذية
	٥	إدارية مهنية
ارية متوسطة ٤	٤	إدارية متوسطة
مال مهرة ٣	٣	عمال مهرة
بن حرة ٢	Y	مهن حرة
فيين ١	1	حرفيين

وقد اعتمدت الباحثة علي تقسيمات الحكومة الواردة في شئون العاماين للوظائف المهنية مضاف إليها بند المهن الحرة.

٢ - مستوي تعليم الفرد وتشمل مقياس متدرج في ٧ درجات :

الدرجة	المستري التعليمي
١	أمى
۲	يقرأ ويكتب
٣	تعليم ابتدائى
٤	تعليم متوسط/عام/فني
٥	تعليم فوق المتوسط (ما بعد الثانوية العامة أو ما يعادلها)
٦	تعليم جامعي (عال)
٧	تعليم بعد الجامعي (درجة علمية أكاديمية)

٣ - وظيفة الوالد:

الدرجة	الوظيفة
v	إدارية عليا
٦	إدارية تنفيذية
•	إدارية مهنية
٤	إدارية متوسطة
. "	عمال مهرة
۲	مهن حرة
١	حرفيون

٤ - وظيفة الوالدة:

الدرجة	الوظيفة
٥ر٣	إدارية عليا
۰۳٫۰	إدارية تنفيذية
٥ر٢	إدارية فنية
۰ر۲	إدارية متوسطة
٥ر١	عمال مهرة
۱٫۰	مهن حرة
ەر ٠	مهن حرفية

٥ - درجة تعليم الوالد:

الدرجة	المستوى التعليمي
\ \ \ \ \ \ \ \	أمي يقرأ ويكتب تعليم ابتدائي تعليم متوسط تعليم فوق التوسط تعليم عال جامعي تعليم بعد الجامعي

٦ - مستوي تعليم الوالدة :

الدرجة	المستوى التعليمي
00	أمية
1	تقلرأ رتكتب
00	تعليم ابتدائي
7	تعليم متوسط
7	تعليم قوق المتوسط
00	تعليم عال جامعي
7	تعليم بعد الجامعي

٧ - الحالة السكنية :
 بيانات عن السكن:
 (أ) نوع السكن :

الدرجة	السكن
٤	ملك
۳	إيجار
٧	شقة مفروشة
1	قاطن عند أقاربه

(ب) اسم الحي :

وهو مقياس متدرج من خمس فئات بخمس درجات حسب توزيعات المحافظة ووصفها للأحياء:

الدرجة	اسم الحي
٥	حي راقي
٤	حي متوسط
٣	حي فوق المتوسط
۲	حي دون المتوسط
1	حي فقير

وقد اكتفت الباحثة في الاستمارة بذكر اسم الحي، وكانت تقوم هي بحساب الدرجة حسب التصنيفات السابقة وجدول الأحياء الذي حصلت ' عليه من محافظة الإسكندرية.

(ج) عدد حجرات المسكن:

الدرجة	عدد الحجرات
1	حجرة
۲	حجرتان
٣	ثلاث حجرات
٤	أربع حجرات
٥	خمس حجرات
٦	أكثر من ذلك

٨ - عدد أفراد الأسرة :

الدرجة	عدد الأفراد
٧	Υ
٦	٣
٥	٤ :
٤	. 0
. 4	٦
۲ .	٧
\	أكثر من ذلك

٩ - إجمالي الدخل الشهري :

الدرجة	الدخل
٧	أكثر من ٥٠٠ جنيه
٦	من ٤٠٠ – ٥٠٠ جنيه
٥	من ۳۰۰ – ٤٠٠ جنيه
٤	من ۲۰۰ – ۳۰۰ جنیه
٣	من ۱۰۰ – ۲۰۰ جنیه
۲	أقل من ۱۰۰ ~ ۵۰ جنیه
١	أقل من ٥٠ جنيه

حساب صدق الاستمارة:

طبقت الاستمارة بعد تحديد بنودها ومفرداتها ووضع مفتاح التصحيح الخاص بكل بند، على عينة قوامها خمسمائة وخمسون (٥٥٠) فرداً من العاملين في الشركات والمؤسسات الحكومية، المستشفيات، الجامعة، البنوك، المهن الحرة من جميع المستويات الوظيفية، ومن جميع الأحياء في مدينة الإسكندرية، ثم بعد ذلك باستخدام مفتاح التصحيح الخاص بالاستمارة تم تقدير درجة كل استمارة، كما طبقت أيضاً استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي إعداد عبد السلام عبد الغفار وزكي قشقوش.

تم حساب معامل الارتباط بين درجات الأفراد على استمارتين (استمارة الباحثة الحالية، واستمارة قشقوش) كما حسب أيضاً قيمة «ت» لدلالة الفروق بين الاستمارتين وكانت النتائج كما توضعها الجداول التالية:

جدول رقم (٣٨) يوضع قيمة «ت» دلالة الفروق بين استمارتي المستوى الاجتماعي الاقتصادي (استمارة الباحثة واستمارة قشقوش)

دلالتها	ت	ن	٤	٢	المقياس
غير دالة	15-41	00.	ه در ۱۰	۲۰٫۲۷	استمارة مستوى اجتماعي / اقتصادي للباحثة
		00.	۷.,۰۷	19,-9	استمارة مستوى اجتماعي / اقتصادي لقشقوش

وكانت قيمة (ت) غير دالة عند مستويين الدلالة ١٠،٥٠٠.

وهذا يوضح عدم وجود فروق بين الاستمارتين لقياس المستوي الاجتماعى الاقتصادى، وكانت نتائج حساب معامل الارتباط بين الاستمارتين باستخدام معادلة سبيرمان/ براون كما يوضحها جدول رقم (٣٩).

جدول رقم (٣٩) يوضع قيمة معامل الارتباط بين الاستمارتين باستخدام معادلة معامل الارتباط للقيم الخام

<u> </u>	ر	س ص	س ص	ص}۲	س)۲	ص۲	س۲	ص	w	ن
٨	٠١	YooVA.	4-40	1775	ም ሃ - አለ ነ	A0	16814	٤٢.	4.4	80.

ويتضع من الجدول السابق أن معامل الارتباط دال احصائياً وذو دلالة عالية.

معايير الاستمارة :

بعد عرض درجات بنود الاستمارة على المحكمين والموافقة على صورتها النهائية السابق عرضها، قامت الباحثة بناء على توجيها تهم الى تقسيم المستوى الاجتماعي والاقتصادى الى مستويات كالآتى (قتل إحدى عشر مستوى):

14 - Y	المستوي الأول الحاصلون على درجات من
14 - 14	المستوى الثاني الحاصلون على درجات من
YY - 1A	المستوى الثالث الحاصلون على درجات من
14 - 41	المستوي الرابع الحاصلون على درجات من
44 - 4£	المستوي الخامس الحاصلون علي درجات من
TT - T9	المستوي السادس الحاصلون على درجات من
TA - TE	المستوي السابع الحاصلون على درجات من
£4 - 49	المستوى الثامن الحاصلون على درجات من

المستوي التاسع الحاصلون على درجات من 12 – 44

المستوي العاشر الحاصلون على درجات من ٤٩ – ٥٣ –

المستوي الحادى عشر الحاصلون على درجات من ٤٤ درجة فأكثر.

وعثل المستوي الأول أدنى مستوي اجتماعى اقتصادى ، ثم يأخذ في الارتفاع حتى يصل إلى المستري الحادي عشر وهو أعلى مستوى.

تصحيح الأدرات:

استخدمت الباحثة المفاتيع الخاصة بالاختبارات بالنسبة للاختبارات التالية:

١ - الذكاء المصور.

٢ - اختبار الشخصية المتعدد الأوجه.

٣ - استبيان مستوى الطموح.

٤ - المفتاح الخاص باستمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي.

راعت الباحثة قواعد تصحيح اختبارات القدرة على التفكير الابتكارى الخاص بكل اختبار، وتقدير الدرجات وفقاً لها.

صدق وثبات الأدوات :

١ - بالنسبة لاختبار الذكاء المصور:

اعتمدت الباحثة على النتائج التى أوردها د/ أحمد زكى صالح من أن الاختبار له معامل الثبات ما بين أن الاختبار له معامل الثبات ما بين ٥٠ (بطريقة التجزئة النصفية، كما أن معامل الصدق كان ١٦٠.

٢ - بالنسبة لاستبيان مستوى الطموح:

اعتمدت الباحثة على دراسة د/كاميليا عبد القتاح، وغيرها من

الدراسات التى استخدمت الاستبيان وأوضحت صدقه وثباته وكانت معاملات الثبات ٨ و والصدق ٥٩٠٠

٣ - بالنسبة لاختبار الشخصية المتعدد الأوجه:

اعتمدت الباحثة على صدق الاختبار الكلى وثباته على دراسات لويس كامل مليكة والتى أثبتت أن الاختبار له معامل صدق وثبات لا بأس به إذ يتراوح معامل ثبات الاختبار من ٧١ر الى ٨٣ر وكذلك تبين الصدق العلى للمقياس وقدرته على التميز.

وقدقا مت الباحثة بحساب الصدق والثبات للمقابيس التى استخدمتها بعد تحويلها إلى اللغة العامية، وكانت مقاييس الصدق والثبات مرتفعة بالنسبة لجميع المقاييس كما أوضحتها الباحثة فيما سبق عند شرحها للاختبار وكانت دالة جميعها احصائيا وقد استخدمت الباحثة طريقة التجزئة النصفية (معادلة رولون المختصرة) لحساب الثبات.

 ع - بالنسبة لاختبارات القدرة على التفكير الابتكارى ، اعتمدت الباحثة في صدق الاختبارات التي استعملتها على الصدق المنطقي الذي أورده د/عبد السلام عبد الغفار في اختباراته.

ولكن بالنسبة للثبات قامت الباحثة بحساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية مستخدمة معادلة رولون المختصرة بالنسبة للاختبارات الثلاثة وكانت كلها معاملات ثبات مرتفعة ودالة احصائياً:

بالنسبة للطلاقة الفكرية ٩١ر

بالنسبة للمترتبات ٩ر

بالنسبة للاستعمالات ١٠١ر

اجراءات البحث :

الاجراء

الدراسة المبدئية:

قامت الباحثة باجراء هذه الدراسة لأهداف منها:

١ - حصر أماكن تواجد العينة (التجريبية ، الضابطة).

٢ - التعرف على مدى صلاحية هذه الاماكن فى اتاحة الفرصة
 للياحثة لقابلة المبحوثان والانفراد بهم ، أكثر من مرة.

٣ - حصر عدد الحالات التي ستأخذها الباحثة من كل جهة وأخذ
 عناوين سكنهم وأماكن تواجدهم باستمرار

- ٤ التأكد من صلاحية الأدوات للتطبيق في هذا البحث .
 - ٥ التعرف على ظروف العينة التعليمية والاجتماعية .
 - ٦ الأفادة في تصميم استمارة المقابلة.

وقد قامت الباحثة بقابلة خمسة من مدمني المخدرات مقابلة حرة في مستشفي شرق المدينة وقد ساعدتها هذه المقابلة في تصميم استمارة المقابلة وصياغة الكثير من بنودها وقد طبقت الباحثة أدوات بحثها جميعاً على هذه الحالات الخمس وتبن لها من هذا التطبيق ما يلى:

 ا - ضرورة تصميم استمارة لقياس المستوي الاجتماعي والاقتصادي تتناسب وطبيعة العينة.

 ٢ - أن معظم أدوات البحث سهلة لغوياً أو مصاغة باللغة العامية نظرا لظروف العينة التعليمية.

 ٣ - أن تكون المقابلة مقننة (مقيدة) لصعوبة الاحتفاظ بالمعلومات ولاسهاب الحالات في شرح كثير من الموضوعات بعيدة الصلة عن البحث، وتداخل الموضوعات عند الحالات.

- ٤ أن الباحثة ستقوم بتطبيق الاختبارات بصورة فردية وستتولى
 هي تسجيل الاجابات .
 - ٥ إن تطبيق الادوات سيتم على مرتين أو ثلاث مرات.
- ٦ أن تتم المقابلة في مكان مغلق حيث لا يكون هناك أمر من
 الأمور التي تساعد على تشتيت ذهن الحالة.

أجراءات البحث الحالى (الدراسة الأساسية):

قامت الباحثة بتطبيق جميع أدوات البحث الحالى على جميع المعرصيين في فترة تطبيق تجاوزت سبعة أشهر متتالية على المجموعتين (التجريبية والضابطة) بدأت في يناير ١٩٨٣ وانتهت في أواخر اغسطس ١٩٨٣.

وقد ترجع طول الفترة الزمنية فى التطبيق إلى صعوبة الالتقاء بالحالات وطول الأدوات المستعملة وكثرتها.

وقد تم التطبيق بالصورة التالية :

- كانت الباحثة تلتقي بالمفحوصين فى الصباح وذلك بالنسبة لمجموعة المفحوصين المدمنين الذين جمعتهم من مستشفى شرق المدينة ومكاتب مكافحة المخدرات وتبدأ معهم التطبيق باختبار الذكاء المصور وذلك قبل أن يصاب المفحوص بالتعب أو الملل فيؤثر ذلك على أدائه العقلى ويلى ذلك تطبيق استمارة المقابلة حيث كانت تجذب ثقة الحالات، وبعدها استمارة المستوى الاجتماعى والاقتصادي فى الفترة الأولى أو المقابلة الأولى.
- تقوم الباحشة بمقابلة الحالة مرة أخرى بعد يومين أو ثلاثة أيام وتلتقى بها أيضاً في الصباح وتطبق عليه اختبارات القدرة على التفكير الابتكارى ثم يطبق استبيان مستوى الطموح وفي بعض الحالات كان

يطبق اختبار الشخصية المتعدد الأوجه ولكن معظم الحالات كانت تضطر الباحثة لمقابلتهم مرة ثالثة لتطبيق هذا الاختبار.

أما بالنسبة للمجموعة الضابطة فقد كان يتم تطبيق جميع الأدوات
 على مرتين لخلو الأدوات من استمارة المقابلة الخاصة بمدمنى المخدرات
 والتى كانت تستغرق وقتاً يقرب من الساعة وأكثر.

■ أما بالنسبة لباقى الحالات التى تم جمعهم بطرق مختلفة من أماكن متفرقة من مدينة الإسكندرية فكانت تلتقى بهم الباحثة مرات قبل إجراء البحث لشرح الغرض من البحث ولكسب ثقتهم ، وبعد ذلك تحدد معهم الموعد الذى يناسبهم والذى يكونوا فيه فى غير حالة التخدير أو الخرم، وكان التطبيق يبدأ أيضاً كما ذكر سابقاً، وكان يحتاج التطبيق لقاء المفحوصين أكثر من ثلاث مرات.

ملحق رقم (٩)

استمارة جمع بيانات عن المخدرات

اعداد/ عفاف محمد عبد المنعم - قسم علم النفس

كلية الآداب - جامعة الاسكندرية

١ - بيانات أولية :

١ - الاسم:

۲ – السن:

٣ - الحالة التعليمية: أمي ، يقرأ ويكتب ، تعليم ابتدائى ، تعليم متوسط : فني / عام ، تعليم جامعي ، تعليم ما بعد الجامعي .

٤ - الحالة الاجتماعية: أعزب، متزوج، مطلق، أرمل.

٥ - عدد مرات الزواج : ١ ٣ ٢ ٤ أكثر من ذلك.

٦ عدد الزوجات الحالي : ١ ٢ ٣ ٤

٧ - عدد مرات الطلاق: ١ ٣ ٢ ٤ أكثر من ذلك.

٨ - السبب في الطلاق.

٩ - مهنة ألزوجة الحالية.

١٠ - عدد الأولاد : ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ أكثر من ذلك.

١١ - سن الأولاد: في سن المدرسة، بعد سن التعليم، دون سن التعليم.

۱۲ - تعليم الأولاد: لا يعرف/إبتدائي/متوسط/عام/فني/ جامعي/ بعد الجامعي.

۱۳ - عند الأولاد في كل مرحلة : ابتدائي/متوسط/جامعي/بعد الجامعي

- ١٤ مهنة الأولاد ألذين يعملون .
- ١٥ عدد الأفراد الذين يعولهم : ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ اكثر من ذلك .
 - ١٦ عنوان السكن : اسم الحي .
 - ١٧ عدد حجرات السكن .
 - ١٨ الدخل الشهرى بالجنيه المصرى .
 - ٢ بيانات عن المخدر وبداية الإدمان :
- ۱۹ اید.هی المخدرات اللی انت استعمالتها من یوم ماعرفت المخدرات:
- حشیش ،أفیون ، هیرویین، کوکایین ، کودایین، حبوب مهدئة، حبوب منبهة، مخدرات أخرى .
 - ٢٠ وايه هو المخدر اللي بتأخذه دلوقتي :
- حشیش ، أفیون، هیرویین ، كوكایین، كودایین، حبوب مهدئة، حبوب منبهة، مخدرات أخرى .
- ٢١ وايد السبب اللي خلاك تستمر في هذا المخدر بالذات دون غيره.
 - ٢٢ طيب كان عندك كام سنة في أول مرة أخذت فيها المخدرات.
 - ٢٣ طيب والكمية اللي أخذتها كانت قد ايه.
 - ٢٤ وايه السبب اللي خلاك تاخذ المخدر في أول مرة.
- أصحاب . حب استطلاع . الم أو مرض الجنس . مناسبة اجتماعية . للسهر . القدرة على العمل . أسباب أخرى
- ۲۵ طيب يا ريتك تحكى لى حسيت بايه فى أول مرة أخذت فيها
 المخدر.

٢٦ - وايه هي بقى الطريقة اللي أخذت بيها المخدر في أول مرة.

۲۷ - طيب والكمية اللي بتكفى مزاجك زمان كنت بتشتريها بكام.

۲۸ - طبب ودلوقتی الحتة دی بتدفع فیها كام.

٢٩ – وكنت بتاخذ المخدر كام مرة في اليوم... الأسبوع ... الشهر..
 في أول ما أبتديت.

٣ - طيب ودلوقتى بتاخذ كام مرة فى اليوم....الأسبوع.....
 الشهر.

٣١ - طيب وابه هي الطريقة اللي بتأخذ بيها المخدر دلوقتي .

٣٢ -- طيب وايه هي احسن طريقة تخلى أثر المخدر يبان بسرعة ويبقى عال.

٣٣ - قولى بصراحة عمرك فكرت في انك تبطل المخدرات.

(إذا أجاب بنعم يسأل ٣٤:)

٣٤ - وحاولت فعلاً وبطلتها بالفعل.

٣٥ - طيب بطلتها كام مرة.

٣٦ - والمدة التي بطلت فيها المخدرات كانت أد ايه.

٣٧ - وايه السبب اللي خلاك تفكر تبطل المخدرات.

٣٨ - ولما بطلتها حسيت بايه.

٣٩ - وايه السبب اللي خلاك ترجع للمخدرات تاني.

٤ - ولو حصل في مرة كنت عاوز المخدر ومش قادر تجيبه لأي سبب
 من الاسباب ، بتعمل ايه. ويتحس بايه

بدور على مخدر ثاني ألم في كل جسمي

بستلف ، فدر من واحد صاحبي بضيق ونرفزة

بجيب فلوس بأي طريقة وش في دماغى أي طرق اخرى تذكر مش قادر اقف على رجلية أي احساسات أخرى تذكر .

 ٤١ - طيب وبتجيب المخدرات منين (يعني الحي اللي بتشترى منه المخدر اسمه ايه)

٤٢ - طيب بعد كام مرة أخذت فيها المخدر حسيت بعدها إنك متقدرش تستغنى عنه.

٣ - بيانات عن آثار المخدرات على المدمن :

٤٣ - لما بتاخذ المخدر تبدأ تحس بأثره بعد أد ايه .

٤٤ - طيب وأنت حاسس بأثر المخدر تقدر تقولى الوقت ساعتها بتحس إنه بيفوت بطئ ولا سريع ولا عادى.

63 - برضه وأنت حاسس بأثر المخدر بتحس أن المسافات (يعنى الاماكن أو الحاجات اللى قصادك) بعيده قوي - ولا قريبة قوى ولا عادية.

٤٦ - وبتحس ساعتها إن الاصوات (بعنى لما يكون واحد بيتكلم أو بتسمع رادبو أو تليفزيون) بتكون واطية قوي، ولا عالية قوي ولا عادية.

٤٧ - ولما يكون فيه بني آدم واقف إدامك يبقي باين لك واضح ولا عادي ولا مهزوز (يعنى زي ما يكون عليه غشاوة).

 ٤٨ - طيب ولما تشوف حاجة ملونة بتبقى الألوان ادامك، بهتانة ولا مزهزهة ولا عادية.

 ٤٩ - طيب طريقتك في التفكير بتبقى هي هي وانت واخد المخدر ولا بتتغير نعم لا

- إذا اجاب بنعم يسأل (٥٠)
 - ۵۰ طيب بنتغير ازاي.
- ٥١ وأنت واخد المخدر بتجيلك فكرة ملحة وتزن في دماغك على طول لدرجة أنك ما تقدرش تتخلص منها؟
 - (لو أجاب بنعم يسأل (٥٢)).
 - ۵۲ طيب زي أيد.
 - ٥٣ وانت واخد المخدر بتحس إنك تقدر تحل مشاكلك نعم لا
- ٥٤ يعنى المخدر ببيساعدك على إنك تشوف مشاكلك على
 حقيقتها ولا بتخليك تهرب منها.
 - ٥٥ وأنت من غير مخدر بتكون متأريف ولا مفرفش ولا عادى.
 - ٥٦ طيب وأنت واخد المخدر.
- ۵۷ طیب وأنت من غیر مخدر بتبقی متردد فی تصرفاتك ولا متسرع ولا عادی.
 - ٥٨ طيب وأنت واخد المخدر.
 - ٥٩ وانت من غير مخدر بتبقى هادي ولا متوتر ولا عادي.
 - ٦٠ طيب وانت واخد المخدر.
- ٦١ وأنت من غير مخدر بتفرض رأيكِ على الناس ولا محكن تتنار،
 عنه يسهولة؟
 - ٦٢ طيب وانت واخد المخدر .
- ٦٣ وأنتِ من غير مخدر بتفتكر كل حاجة ولا بتبقى ذاكرتك ضعفة.
 - ٦٤ طيب وانت واخد المخدر

٦٥ – وانت من غير المخدر لو كان نفسك فى حاجة ومش قادر تجيبها فى ساعتها محكن تأجلها من غير ما تضايق، ولا بتضايق ومتقدرش تأجلها.

٦٦ - طيب وانت واخد المخدر.

٦٧ - قولى بقى وانت من غير المخدر بتشتغل كتير ولا قليل ولا
 عادى.

٦٨ - طيب وانت واخد المخدر.

٦٩ - وأنت من غير المخدر بتحب تقعد مع الناس ولا بتحب تبقى لوحدك وتقعد مع نفسك؟

٧٠ - طيب وانت واخد المخدر.

٧١ - لو حد ضايقك أو نرفزك وأنت من غير مخدر ممكن تضريه؟

٧٧ – طيب وأنت واخد المخدر بتعمل ايه؟

٧٣ - يعنى بتحصل مشاكل كتيرة بينك وبين أهلك وأصحابك وأنت من غير المخدر؟

٧٤ - طيب وانت واخد المخدر.

 ٧٥ – بتحط رأسك على المخدرة وتروح فى النوم على طول وانت من غير مخدر بتبقى قلقان ؟

٧٦ - طبب وأنت واخد المخدر.

 ۷۷ -بیحصل إنك بتحس وانت من غیر مخدر إنك متأریف ومتضایق وحاسس زی ما یكون فیه مصیبة هتحصل لك؟

٧٨ - طيب وانت واخد المخدر.

٧٩ - طيب وانت بتأكل كويس في العادة؟

 ٨٠ - طيب قولى بتحس إنك نفسك مفتوحة للأكل وتأكل كتير وأنت من غير المخدر؟

٨١ - طيب وأنت واخد المخدر بقي؟

٨٢ – قولى بصراحة: تفتكر أن البني آدم اللي متعود على المخدرات
 مكن يرتكب جرائم أكثر من الشخص اللى مالوش دعوة بالمخدرات؟

(اذا أجاب بنعم يسأل ٨٣)

٨٣ - طيب ايه هي الجرايم اللي ممكن يرتكبها:

۱ - فتل ۲ - سرقة.

۳ - يعتدي على حريم ٤ - ينصب على الناس

٥ - يتهجم على الناس في الطريق علشان يهددهم وياخذ فلوسهم.

٣ - أية جرايم تانية يذكرها تكتب.

٨٤ - هو الواحد وهو واحد المحدر يبقى خواف قوى ولا عادى ولا جرئ؟

وه - طيب وهو من غير المخدر.

٤ - الإدمان وأثره على الجنس:

٨٦ - طيب قولى بصراحة أنت لك علاقات جنسية مع حريم؟

(إذا كان متجوز يسأل عن هذه العلاقة مع الست بتاعته)

۸۷ – وبتحس إنك تقدر تقوم بالعملية دى احسن وأنت واخد المخدر.
 ولا وانت من غير مخدر؟

 ۸۸ - طبب وأنت واخد المخدر تقعد فى العملية دى مدة طويلة ولا قصيرة ولا عادية.

٨٩ – يعنى المخدرات بتخلى مدة الاتصال بالحريم أطول من العادى ولا عادى ولا أقصر؟ ٩ - طيب تقدر تحدد لى تقريباً المدة اللى بتقعدها مع الست فى
 العملية دى بتبقى اد أيه وأنت واخد المخدر ؟

٩١ - طيب وأنت من غير المخدر بتبقى أد ايه؟

٩٢ – يعنى تقدر تقول لى المخدرات بتأثر علي العملية الجنسية مع الحريم؟

(إذا اجاب بنعم يسأل)

٩٣ - طيب ايد هو تأثيرها؟

٩٤ - يعنى ادا ك للعملية الجنسية بيختلف وأنت مخدر عنه وأنت مشمخدر؟

(أذا اجاب بنعم يسأل).

٩٥ - بيختلف ازاي.

٩٦ - طيب بتحس برغبة أكتر في الحريم عنه وأنت مش مخدر ولا وأنت واخد المخدر؟

۹۷ - وبتحس أن الست راضية ومتجاوبة معاك وأنت مش واخد المخدر اكتر ولا وانت مخدر أكثر؟

٩٨ - عل إدمان المخدرات يؤدى للضعف الجنسى؟

٥ - بيانات عن حياة المدمن ومشكلاته:

٩٩ - طيب قولى أنت عندك مشاكل؟ نعم لا (زي ايه؟)

(إذا اجاب بنعم يسأل ١٠٠)

١٠٠ - طيب قولي المشكلات دى مين السبب فيها؟

 ۱۰۱ - طيب تقدر توصف لى ايه هى المشكلات اللى تخلى الواحد ياخذ مخدرات؟ ١٠٢ ~ طيب قول لي علاقتك بوالدك شكلها أيه؟`

كويسه وحشة عادية

١٠٣ - طيب وعلاقتك بوالدتك ؟

كويسه وحشة عادية

١٠٤ - طيب العلاقة اللي بين والدك ووالدتك شكلها أيه؟

١٠٥ - طيب لو فيه مشكلة بينك وبين واحد من عيلتك (أخوك ولا النك ولا زوجتك مثلاً) بتحلها ازاى ؟

١٠٦ - قولي يا ترى فيه حد في عيلتك بياخذ مخدرات؟

١٠٧ - طيب لو لقيت ابنك أو أخوك بياخذ مخدرات تعمل له ايه؟

١٠٨ - ولو كان لك بنت أو أخت توافق على إنها تتجوز واحد بيدمن
 مخدرات؟

الفصل الخامس

نتائج البحث

إختبار صحة الفروض؛

- إختبار صحة الفرض الأول

- إخنيار عبحة الفرض الثاني

- إختبار صحة الفرض الثالث

نتائج القابلة الشخصية

سمات المدن كما أوضحتها القابلة الشخصية

إختبار صحة الفروض:

وتعرض الباحثة فى هذا الفصل النتائج التى توصلت إليها من بحثها مع توضيح مدي إتفاق هذه النتائج مع الفروض أو تعارضها.

ولإختبار صحة الفرض الأول القائل بأن إنخفاض بعض القدرات العقلية أكثر شيعاً لدي مدمنى المخدرات عن غيرهم من غير المدمنين، فقد تم قياس بعض القدرات العقلية منها الذكاء والقدرة على التفكير الابتكاري، كما تناولت استمارة المقابلة بعض من هذه القدرات لدي المدمنين سنعرض لها بعد. وكانت نتاذج هذه الاختبارات كما يلى:

لقد قامت الباحثة بتطبيق اختبار الذكاء المصور من اعداد أحمد زكى صالح على مجموعت بن البحث التجريبية والضابطة، وكانت نتائج التطبيق كما توضحها الجداول التالية:

جدول رقم (٤٠) يوضع المتوسط الحسابى والاتحراف المعباري لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة في اختبار الذكاء المصور

طة	المجموعة التجريبية المجموعة الضابطة					المقياس
ن .	٤	۲	ن	ع	٦	المياس
٤٨	ههره	۸۰۶٫۸۷	٤٨	۱۹۵۲۱	۸٦٫۸۱	اختبار الذكاء المصور

وتوضح النتائج إنخفاض المتوسط الحسأبى للمجموعة التجريبية عن المتوسط الحسابى لدرجات المجموعة الضابطة فى الذكاء كما يقيسه الاختبار المستخدم فى الدراسة، وعقارنة نتائج المتوسط الحسابى للمجموعة التجريبية لمعايير الذكاء والنسب المثوية التى يوضحها الاختبار المستخدم رجد أنهم ينتمون إلى فئة ذكاء دنيا.

وقد تم حساب تحليل التباين للمجموعتين للوقوف على قمة «ف» ودلالتها وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي رقم (٤١):

جدول رقم (٤١)

بوضع قيمة «ف» للمجموعتين في اختبار الذكاء المصور

دلالتها	قيمة ت		درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
دالة	80ر79	۷۸۲۷م۲ ۵۵ر۲۹۱			بين المجموعات داخل المجموعات

وكانت قيمة «ف» دالة عند مستوي ثقة ١٠ر، ثم حسب بعد ذلك قيمة «ت» لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين في الذكاء وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي رقم (٤٢):

جدول رقم (٤٢)

يوضع دلالة الفروق (ت) بين المجموعتين في الذكاء

دلالتها		المجموعة التجريبية ت		لة	بة الضابط	الجموء	المقياس	
4223		۲ن	45	Yp	١٥	16	۱۴	المفياس
دالة	۹۹۲	٤٨	۱۹۵۸۱	۸۹٫۸۱	٤٨	٥٥ر٩	۷۸ر۱۰۵	الذكاء المصور

وكانت قيمة «ت» دالة عند مستوي دلالة ١٠ر، عما يوضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة الضابطة، وأن هناك عدم تجانس بين العينتين في الذكاء، وتدل نتائج المجموعة التجريبية على إنخفاض مستوي الذكاء لديهم عن مستوى الذكاء لدى المجموعة الضابطة. وأيضاً بصدر التحقق من صحة الغرض الأول تم تطبيق بعض اختبارات القدرة على التفكير الابتكارى وكانت:

- اختبار الطلاقة الفكرية.
 - اختبار الاستعمالات.
 - اختبار المترتبات.

وكانت النتائج كما يلي:

الطلاقة الفكرية :

وقد قامت الباحثة بتطبيق اختبار الطلاقة الفكرية من اختبارات القدرة على التفكير الابتكاري وبحساب المتوسط الحسابى والانحراف المعباري لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٤٣).

جدول رقم (٤٣) يوضح المتوسط الحسابى والانحراف المعباري للمجموعتين على اختبار الطلاقة الفكرية

	طة	عة الضابه	المجموة	بية	عةالتجري	المجمو	المقياس
	ن	ع	٢	ن	٠	۴	المياس
1	٤٨	۹ . ر۱۷	۸۸ره۳	٤٨	۸۳۸	۲۰٫۲۵	الطلاقةالفكرية

وقد تم حساب قيمة «ف» للمجموعتين وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي رقم (٤٤).

جدول رقم (££) بوضع قيمة «ف» ودلالتها للمجموعتين في اختبار الطلاقة الفكرية

دلالتها	قيمة ف	التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
دالة	۲۹٫۲٦	۵۷۸۸۸۵ ۵۸ر۱۹۹۳	1		بين المجموعات داخل المجموعات

وكانت قيمة وفي دالة عند مستوي دالة ١٠ر. وقد تم حساب قيمة «ت» لمعرفة دلالة الفروق بين المجموعتين في نفس الاختبار، وكانت النتائج كما يوضحها لمعرفة دلالة الفروق بين المجموعتين في نفس الاختبار، وكانت كما يوضحها الجدول التالي رقم (٤٥):

جدول رقم (٤٥) يوضع قيمة «ت» دلالة الفروق بن المجموعتين في الطلاقة الفكرية

Ca-IV.	المجموعة الضابطة ت دلال		بية	المجموء	الاختبار			
1		۱ن	18	۱۴	ن۲	75	۲	الاحتبار
دالة	۲۲ره	٤٨	۹۰۰۷۱	۸۸ر۳۵	٤٨	۹٫۳۸	۲۰٫۲۵	طلاقة فكرية

وكانت قيمة «ت» دالة عند مستوى دلالة ١٠ر٠

الاستعمالات :

وبحساب قيمة المتوسط الحسابى والانحراف المعياري لكل من المجموعتين كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٤٦):

جدول وقم (٤٦) يوضع المترسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات المجموعتين في اختيار الاستعمالات

طة	عةالضاب	المجموة	بية	عذالتجري	الجمو	المقياس	
ن	٤	٦	ن	ع	٩	الملياس	
٤٨	۸۳۸ر۹	۸۰ر۱۶	٤٨	٤٤٤٩	٥٦ر٧	الاستعمالات	

ثم قامت الباحثة بتحليل التباين للمجموعتين لمعرفة مدي تجانسها أو عدمه في نفس السمة وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي رقم (٤٧):

جدول رقم (٤٧) يوضع قيمة «ف» ودلالتها للمجموعتين في اختبار الاستعمالات

دلالتها	قيمة ف	التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
دالة	۳۰ر۲۶	۱۲۱۲٫۲۱۱ ۱۹۰۰،۱	1		بين المجموعات داخل المجموعات

وكانت قيمة ف دالة عند مستوى ثقة ١٠٠٠

ولمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين تم حساب قيمة «ت» وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي رقم (٤٨):

جدول رقم (٤٨) يوضح دلالة الفروق «ت» لمجمعتي البحث في اختبار الاستعمالات

دلالتها	ت	المجموعة الضابطة			المجموعةالتجريبية			
درسها		١ن	١٤	۱۰	۲ن	45	Yp	القياس
دائة	۷۷ر۸	٤٨	۹٫۳۸	۸٤٫۰۸	Ė٨	٩٤ر٤	٥٦٫٧	استعمالات

وكانت قيمة «ت» دالة عند مستوى دلالة ١٠ر٠

وبالنظر إلى النتائج الموضحة فى الجداول السابقة (٤٦، ٤٧، ٤٨) غجد أن هناك قرقاً بين المتوسطات والانحرفات المعيارية للمجموعتين التجريبية والضابطة فى اختبار الاستعمالات وهذا الفرق لصالح المجموعة الضابطة، وأن هذا الفرق جوهري ذو دلالة إحصائية عند مستوي دلالة ١٠٠٠، عما يشير إلى عدم تجانس العينتين فى سمة الابتكارية كم يقيسها الاختبار المستخدم، وإلى ضعف هذه السمة لدي المجموعة التجريبية بالمقارنة بالمجموعة الضابطة (الغير مدمني للمخدرات).

المرتبات :

وقد تم حساب المتوسط الحسابى والانحرافى المعياري لدرجات كل من المجموعتين التجريبية والضابطة، وكانت كما يوضحها الجدول التالى رقم (٤٩):

جدولًا رقم (٤٩) يوضح قيمة المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات المجموعتين في اختبار المرتبات

	طة	المجموعة التجريبية المجموعة الضابطة					المقياس		
Ì	ن	ع	٦	ن	ع	ř,	المقياس		
	٤٨	۷٫۸	۱۲٫۱۳	٤٨	٤٧٤	۹۹۲	مترتبات		

ولمعرفة تجانس العينتين من عدمه بالنسبة لذا الاختبار تم حساب قيمة «ف» وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي رقم (٥٠):

جدول رقم (٥٠) يوضح قيمة «ف» ودلالتها

دلالتها	تيمةف	التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
دالة	٥٧ر١١	۵۱۳٫۷۵ ۷۷٫۱۳	1	۵۱۳٫۷۵ ۲۳ر ۵۲۷	بين المجموعات داخل المجموعات

وكانت «ف» دالة عند مستوي دلالة ١٠ر٠

وبحساب قيمة «ت» لدلالة الفروق بين المجموعتين كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي رقم (٥١):

جدول رقم (۵۱) يوضح دلالة الفروق (ت) على إختبار المرتبات

ت دلالتها		المجموعةالتجريبية			المجموعة الضابطة			المقياس
ددسها	٥	ن٣	46	۲	١٥	۱۶	10	المقياس
دالة	۱۱۶ه	٤٨	٤٧٤	۹۶۹۱	٤٨	۷٫۸	۱۲٫۱۳	المترتبات

وتشير نتائج التحليلات الاحصائية السابقة لجميع أدوات قياس القدرات العقلية القدرات العقلية على صحة القرض الأولى - بإنخفاض القدرات العقلية لدي مدمنى المخدرات عن غيرهم من غير المدمنين - حيث جاءت نتائج التحليلات جميعها ذات دلالة ٠٠١ وهذا يؤكد صحة هذا الفرض.

ولاختبار صحة الفراض الشائى القائل بأن هناك علاقة طردية بين الإدمان على المخدرات وانخفاض المستوي الاجتماعى الاقتصادي، فقد تم تصميم استمارة خاصة لقباس هذا المستوى وتناولت الاستمارة مجموعه من البعود التى اتفقت فيها معظم الدراسات العربية والاجنبية على انها تعبس المستوي الاجتماعي الاقتصادي وكذلك تأييد معظم احكمان للاستمارة على صحة هذه البنود وملا ممتها لقياس المستوي الاجتماعي الاجتماعي الاجتماعي الاقتصادي من إعداد الباحثة على جميع أفراد البحث، بهدف نقدير الوضع الاجنماعي الاقتصادي للعينة، وبحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمجموعتين كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (١٤٥)

جدول رقم (٥٢) بوضع المتوسط الحسابى والانحراف المعياري للمجموعتين في المستوي الاجتماعي والاقتصادي

	طة	عةالضاب	المجمو	بية	عةالتجري	المجمو	المقياس
•	ن	٤	٢	ن	٤	٢	, عدي س
	٤٨	۲٫۷٦	۸۰ر۱۶	٤٨	٥٤ر٢	۲ . ر ۱۶	مستوى احتماعي اقتصادي

وتدل نتائج حساب المتوسط الحسابى للمستوي الاجتماعى الاقتصادي على انتماء العينتين إلى نفس الفئة من المستوي الاجتماعى والاقتصادي كما يدل على ذلك جدول اجتماعى اقتصادي منخفض كما تشير بذلك المعابير.

وقد قامت الباحثة بحساب قيمة وف» للتأكد من تجانس العينتين مى هذا المستوي حيث أن الماحثة قد قامت بتثبيت هذا المتغير من متغيرات البحث وكات نتائج قيمه وف» كما يوضحها الجدول التالى رقم (٥٣):

جدول رقم (٥٣) يوضح قيمة (ف) ودلالتها للمجموعتين في المستوى الاجتماعي الاقتصادي

دلالتها	قيمة ف	التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
غير دالة	۲۵۲	۱۸٫۱۲	98	۱۸٫۱۲ ۳۵٫۲۷۲	بين المجموعات داخل المجموعات

وكانت قيمة ف غير الدالة عند مستوي ١٠٥، ٥٠٠٠

وللتأكد من عدم وجود فروق بين العينتين في نفس المستوي تم حساب قيمة«ت» لدلالة الفروق وكانت كما يوضحها الجدول التالي رقم (٥٤):

جدول رقم (٥٤) يوضح دلالة الفروق (ت)

للمستوي الاجتماعي الاقتصادي

دلالتها		يبية	المجنوعة الضابطة المجموعة التجري		المقياس			
ر د سها		ن۲	45	۲۲	۱ن	15	١٩	المقياس
غير دالة	۱۱ر	٤٨	۲٫۷٦	۲۰ر۱۶	٤٨	۲٥۲۲	۸۰ر۱۶	مستوى اجتماعي اقتصادي

وكانت قبمة «ت» غير دالة عند المستويين ١٠ر، ٥٠ر ما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين في المستوي الاجتماعي الاقتصادي كما يقيمه الاستمارة المستخدمة في الدراسة، وتشير معايير هذه الدراسة إلى انتماء المجموعتين إلى فئة دنيا في هذا المستوي. وهذا يدحض صحة الفرض الثاني القائل بوجود علاقة طردية بين الإدمان على المخدرات وانخفاض المستوي الاجتماعي الاقتصادي حيث كانت المجموعتين ينتمبان إلى مستوي اجتماعي اقتصادي واحد ولكن لم

تشتركا معاً فى سمة الإدمان. إلا ان هده النتاذج تشير إلى انتماء المدمنين لمسترى اجتماعى منخفض.

نتاثج خاصة باختبار الشخصية المتعدد الأوجه :

لاختبار صحة الفرض الشالث القائل بأن هناك فروقاً ذات دلالة إحصاذية بين مدمنى المخدرات وغيرهم من غير المدمنين في بعض سمات الشخصية، فقد تم تطبيق بعض مقاييس من اختبار الشخصية المتعدد الأرجه وهي (مقاييس توهم المرض، الهستيريا، الاكتثاب، والانحراف السيكوباتي) وطبق أيضاً استبيان مستوي الطموح وقد عمل التحليلات الإحصائية لكل مقياس فقد قامت الباحثة بحساب للمتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس توهم المرض، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي رقم (٥٥).

جدول رقم (00) يوضح المتوسط الحسابى والانحراف المعياري لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس توهم المرض

الضابطة	الجموعة	لتجريبية	المجموعةا	المقياس	
٤	٦	ع	٢	المقياس	
۲۰ر٤	۰ کر ۱۰	٥٤ر٤	۲۹٫٤٦	توهم المرض	
٤	٤٨		٨	العينة	

حيث م = قيمة المتوسط الحسابي.

وحيث ع = قيمة الانحراف المعياري.

وقامت الباحثة بعد ذلك بحساب تحليل التباين لمعرفة دلالة قيمة ف للمجموعتين التجريبية والضابطة للتأكد من تجانس العينة أو عدمه على مفياس توهم المرض، وكانت النتائج كما برضحها الجدول التالي رقم (٥٦):

جدول رقم (٥٦) يوضح قيمة «ف» على مقياس توهم المرض للمجموعتين التجريبية والضابطة

دلالتها	قيمة ف	التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
دالة ً	۷٫۷۰۱	۱۹۲۹ ₋ ۱۹۲۹ ۲ر۱۸	1	۱۹۲۹٫۹۲ ۲۱ر۱۷۳۹	بين المجموعات داخل المجموعات

وكانت ف دالة عند مستوى ثقة ١٠٠٠

وبحساب قيمة «ت» لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة، كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٥٧):

جدول رقم (6٧) يوضع دلالة قيمة «ت» للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس توهم المرض

دلالتها		المجموعة الضابطة			يبية	ةالتجر	المجموع	المقياس
		ن	ع	٢	ن	ع	٢	المفياس
دالة	۲۸ر۱۰	٤٨	٦٠٠٤	۱۰۶۰۰	٤٨	٥٤ر٤	۲۹ر۱۹	توهم المرض

وكانت قيمة ذات دلالة عند مستوي دلالة ١٠ ر ما يوضح فروق ذات دلالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في سمةً توهم المرض، وهذا الفرق يوضح شيوع هذه السمة بين مدمني المخدرات من عينة البحث الحالي.

٢ - مقياس الهستيريا :

وبحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات المجموعتين

على مقياس الهستيريا كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي رقم (٥٨):

جدول رقم (٥٨) يوضح المترسط الحسابى والانحراف المعياري لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الهستيريا

طة	عة الضاب	الجموة	ية	ةالتجريب	الجموء	المقياس
ن	ع	٢	ن	٤	۴	المياس
٤٨	٤٠ر٢	۱۹٫۹۲	٤٨	۷۰۷	۲۷٫۷۳	أويتسه

وحسب تحليل التباين بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الهستيريا وكانت كما يوضحها الجدول التالى رقم (٥٩)

جدول رقم (٥٩) يوضح قيمة «ف» بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الهستيريا

دلالتها	قيمة ف	التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
دالة	٧ر٣٩	۱۶۹۳٫۹۱۰ ۳۷٫۳۷	4£		بين المجموعات داخل المجموعات

وكانت قيمة «ف» دالة عند مستوي ١٠ر٠

ثم أخبراً تم حساب قيمة وت المعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الهستيريا ، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (٦٠):

جدول رقم (٩٠٠) يوضح قيمة «ت» لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة (هستيريا)

دلالتها	,	طة	المجموعة الضابطة			ةالتجر	الجموع	1 711
4213	23 0		٤	٦	ن	٤	٢	المقياس
دالة	۲,۲۹	٤٨	٤ . ر٦	19,98	٤٨	۷.ر۲	۲۷٫۷۳	هستيريا

ويتضح من الجدولين السابقين رقم (٩٠ ، ٩٠) أن هناك فروقاً ذات دلالة احصائية عند مستوي دلالة ١٠ ربين العينتين التجريبية والضابطة في سمة الهستيريا، وكذلك في الدرجات على المقياس المستخدم في الدراسة بقياس هذا العرض. عمل يفيد زيادة انتشار هذا النوع من الاضطرابات النفسية لدي أفراد المجموعة التجريبية (وهي المجموعة المدمني للمخدرات) ويتضح لنا من هذه النتائج ما تتسم به شخصية مدمني المخدرات من أفراد عينة هذا البحث، من قابلية للاستهواء والايحاء، وانه متقلب انفعاليا، وأن الاعراض الهستيرية التي يتميزون بها هي وسيلتهم في التكيف، إذ يعتبر العرض الهستيري على الرغم من شذوذه ضرباً من ضروب التكيف الناقص،ذلك لأن المدمن عاجز عن مواجهة واقعه ونقائصه وقصور شخصيته، فيلجأ دائماً إلى أسباب وأقنعة تكيفيه يحاول بها تغطية ما يبدو عليه من قصور ونقص، وتعتبر الاعراض الهستيرية بمثابة عذه الأفنعة، أو نوعاً من التبرير لسلوكه الشاذ والذي يتمثل منا في إدمانه للمخدرات.

٣ - مقياس الاكتئاب:

وقد قامت الباحثة بتطبيق مقياس الاكتئاب من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه وتم حساب المتوسطات الحسابية للمجموعتين التجريبية والضابطة وكذلك الانحراف المعياري وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٦١١):

جدول رقم (٦١) يوضح المتوسط الحسابى والاتحراف المعياري لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتناب المستخدم فى الدراسة

1	طة	عة الضاب	المجمو	ية	بةالتجريب	الجموء	المقياس
	ن	ع ا	٦	ن	ع	٩	المياس
	٤٨	۲۷ره	۲۰٫۱۹	٤٨	۷٫۷۳	٤٤ر٢٨	اكتئاب

وحسب تحليل التباين لدرجات المجموعتين على نفس المقياس وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي رقم (٦٢):

جدول رقم (٦٢) يوضح نتائج حساب قيمة «ف» للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب

دلالتها	قيمة ف	التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
دالة	۱۸ره۱	۱۵۷۱۵۱ ۹۳ر۹۹	98		بين المجموعات داخل المجموعات

وكانت قيمة «ف» دالة عند مستوى ثقة ١٠٠٠

ويوضح هذا عدم تجانس العينتين في سمة الاكتناب المقيسة، وللوقوف على دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات للمجموعتين، قامت الباحثة بحساب قيمة «ت» لدلالة الفروق وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٦٣):

جدول رقم (٦٣) يوضح دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين «ت» مقياس الاكتناب

دلالتها	طة	المجموعة الضابطة			ةالتجر	المجموع	المقياس	
2.5		ن	45	۲۴	ن	18	١٢	المقياس
دالة	۷۹ره	٤٨	۸۶ره	۲۰٫۱۹	٤٨	۷٫۷۳	٤٤ر٢٨	اكتئاب

وكانت قيمة «ت» دالة عند مستوي ثقة ١٠ر٠

وتوضع المتتائج المدونة في الجداول السابقة رقم (٦٣، ٦٣) وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في عرض الاكتثاب، يفيد هذا الفرق شيوع الأعراض الاكتثابية بدرجة واضحة بين أفراد المجموعة التجريبية (مدمنة المخدرات) ويشير ذلك إلى ما يعانيه المدمن من اضطرابات في الشخصية عثلها الاكتثاب عايصحبه من التعاسة والمشاعر الاكتئابية، وانخفاض الروح المعنوية، والتشاؤمية، والانسجامية وعدم القدرة على التكيف مع ما يحيط به من أشخاص وأشيا، والانطوائية والهروب من الواقع.

٤ - مقياس الانحراف السيكوباتى :

وقد قامت الباحثة بحساب المتوسط الحسابى والانحراف المعياري لدرجات مجموعتى البحث التجريبية والضابطة على مقياس الانحراف السيكوباتى وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٦٤):

جلول رقم (٦٤) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في مقياس الانحراف السيكوياتي

طة	المجموعة الضابطة			ةالتجريب	المجموع	المقياس
ن	٤	٢	ن	٤	1	, معياس
٤٨	۹۳ر٤	٤٤ر١٧	٤٨	۷٠ره	۲۸٫۲۱	انحراف سيكوباتي

وتم حساب تحليل التباين بين المجموعتين التجريبية والضابطة وقد أسفرت النتائج عما يأتي في الجدول التالي:

جدول رقم (٦٥) يوضح قيمة «ف» للمجموعتين التجريبية والضابطة

دلالتها	قيمة ف	التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
دالة	161,719	۲۲ر۵۷۸۳ ۸۲ر ۵		۲۲ر۵۸۷۵ ۲۲ر۲۸۸۲	بين المجموعات داخل المجموعات

وكانت ون» دالة عند مستوي ثقة ١٠ر مما يفيد عدم تجانس العينتين في هذه السمة المرضية.

وقد قامت الباحثة بحساب قيمة «ت» لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٦٦):

جدول رقم (٦٦) يرضح قيمة «ت» ودلالة الفروق بين المجموعتين على مقياس الانحراف السيكوباتي

دلالت		بطة	عة الضا	الجمو	المجموعة التجريبية			المقياس
23 2		ن۲	45	۲	١٥	ع۱	١٠	المياس
دالة	۲۰٫٤٦	٤٨	۹۳ر٤	££ر١٧	٤٨	۷۰ره	۲۸٫۲۱	انحراف سيكوباتي

ويتبين لنا من النتائج السابقة الموضحة في الجداول (٦٥، ٦٥) عدم تجانس عينتي البحث في عرض الانحراف السيكوباتي، ووجود فروق ذات ولالة إحصائية بينهما في هذا النوع من اضطرابات الشخصية،

وتشير هذه الفروق إلى شيوع اضطراب الانحراف السيكوباتى وانتشاره كسمة تميزة لمجموعة البحث التجريبية وهى المجموعة المدمنة للمخدرات، ويعكس هذا الاضطراب ما تتسم به شخصية المدمن فى هذا البحث من اندفاعية فى إشباع نزواته العاجلة، وعدم أوضحت معظم الدراسات فى هذا المجال، أن معظم مدمنى المخدرات ذوو شخصية سيكوباتية، وأن من أهم سمات الشخصية السيكوباتية: الكذب، السرقة، والادمان على المخدرات والخمور، والشذوذ الجنسنى، وعدم مراعاة المعايير الاجتماعية، وارتكاب الانفعال الاجرامية دون تفكير فى عواقبها أو دون تجنب انكشاف أه و.

أيضاً بصدد اختبار الفرض الثالث فقد تم تطبيق استبيان مستوي الطموح من اعداد كاميليا عبد الفتاح وحساب المتوسط الحسابى والانحراف المعياري لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة على هذا الاستبيان كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٦٧):

جدول رقم (٦٧) يوضع المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة على استبيان مستوي الطموح

بطة .	المجموعة الضابطة .			عةالتجر	الجمو	1 =11
ن	٤	٦	ن	ع	٢	المقياس
٤٨	۲ . ر۱۶	۲۹ر۵۹	٤٨	۱۱٫٦۳	74ر34	مستوي الطموح

وقد قامت الباحثة بحساب قيمة وف وللمجموعتين وكانت كما يوضحها الجدول التالي رقم (٦٨):

جدول رقم (٦٨) يوضح قيمة «ف» ودلالتها للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مستوى الطموح

•		_				
	دلالتها	قيمة ف	التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
	دالة	۱۰٫۷۷	۸۲٦۷٫۳٦ ۳۵ر۷ - ۱	1 16.		بين المجموعات داخل المجموعات

وكانت قيمة ف دالة عند مستوي دلالة ١٠ر، وهذا يؤكد اختلاف العينتين في هذه السمة، ولمعرفة دلالة الفروق بين متوسط درجات المجموعتين، قامت الباحثة بحساب قيمة «ت» لدلالة الفروق، وكانت النتائج كما يوضعها الجدول التالى رقم (٦٩):

جدول رقم (٦٩) يوضع دلالة الفروق بين المجموعتين (ت) على استبيان مستوى الطموح

دلالتها		المجموعة الضابطة			يبية	رعة التجر	المقياس	
دلالتها	ت	۲ن	٠ ٢٤	۲	۱ن	١٤	١,٥	
دالة	۱٫۸۰	٤٨	15,-7	۲۹ر۲۵	٤٨	۱۱٫٦۳	4 ٤ر٢٩	استبيان مستوي الطموح

وكانت «ت» دالة عند مستوي دلالة ١٠ر٠

وتشير التحليلات السابقة لنتائج كل من مقياس توهم المرض، ومقياس الاكتئاب، ومقياس الهستبريا، والانحراف السيكوباتي، وأيضاً نتائج التحليلات الاحصائية لاستبيان مستوي الطموح، إلى صحة الفرض الثاني والقائل بشيوع بعض سمات الشخصية لدي مدمني المخدرات عن غيرهم، وكانت هذه السمات الشائعة هي: توهم المرض، والاكتناب، والهستيريا ،والانحراف السيكوباتي،وأيضاً انخفاض مستوي الطموح - لديهم عن غيرهم من غير المدمنين وهذا يؤكد صحة هذا الفرض.

نتائج المقابلة الشخصية :

(أ) بداية الإدمان والمخدر :

١ - المخدرات التي تناولتها عينة البحث :

قرر أفراد العينة أنهم جربوا مجموعة من المخدرات في بداية تعاطيهم، كما أقرت بعض العينة أنهم قد جربوا جميع أنواع المخدرات، وكانت المخدرات المتداولة في بداية التعاطى كما يبينها الجدول التالي:

جدول رقم (٧٠) يوضح المخدرات التي سبق تداولها بين أفراد العينة

نسبته المئوية /	تكراره	المخدر
۵۹٫۵۳	٤٣	حشيش
۸۳ر ۷۰	٣٤	أفيون ,
۸۳ر۲۰	١.	هيرويين
7،۲۵	٣	كوكايين
٥٨ر٣٩	14	كواديين
٥٢ر٦	٣	حبوب منبهة ومهدئة

ويتضح من الجدول ان الحشيش هو أكثر المخدرات تداولاً إذ أقبل على تعاطيه النسبة العظمى من عينة البحث في بداية تعاطيها (٥٣٣/ ٨٩٪) ويلى الحشيش الأفيون حيث يعتبر المخدر الثاني بعد الحشيش فنسبة تغاطيه في بداية التعاطى عند أفراد عينة البحث تبلغ حوالى ثلاثة أرباع العينة (٨٣٠ - ٧٪) ويليه المنبهات والمهدئات وهي أقراص يهيعها التجر تحت أسماء مستعارة تحث المدمنين على شرائها وجميعه أسماً، وضعها

لها التجار بغرض ترويج تجارتهم مثل (الحصان، الفائتوم، اسكاي هوك، الحب كله، أمل حياتى.. إلخ) وهى أسماء قد تغري الشباب وصغار السن على تجريب هذه الحبرب، وغالباً ما تسحق أقراص المنبهات والمهدئات معاً ثم توضع في كوب من الشاي المغلى بدون سكر، ويقلب هذا الخليط ثم يشرب قبل الاقطار في الصباح الباكر. ويعرف تعاطى المهدئات والمنبهات في كثير من الحضارات الغربية باسم (Sting up) ولكن تختلف طريقة التعاطى باختلاف المكان والثقافة.

المخدر المتداول الآن :

يبين الجدول التالى المخدرات التي يتناولها أفراد العينة والتي اختاروها دون غيرها لتكون مخدرهم المفضل، وهي كما يضحها الجدول التالى:

جدول رقم (٧١) يبين المخدرات المفضلة حالياً لدي عينة البحث

نسبته المئوية ٪	تكراره	المخدر الحالي
۸۳ر۵۵	**	حشيش
۲۰۸۳	١.	أفيون
۸۳ر۲۰	١.	حبوب منبهة ومهدئة (مخلوطة)
۸۰٫۲	١	كوكايين
٥٢ر٢	٣	بودرة (بيور) كودايين
۷۱ر٤	۲	هيرويين
<u> </u>	٤٨	المجموع

ومن الجدول السابق يتضح أن الحشيش هو أكثر المخدرات إدماناً بين أفراد عين إليجث (٨٣ر ٤٥ /)، وقد أرجع معظم أفراد العينة سبب إدمان المنافق إلى أنه المخدر المتوافر حالياً حيث أن معظمهم كانوا مدمنى أفيون وقلة استيراده

وزراعته، وعلو ثمنه إذ وجد في الاسواق. وقد أدلى معظم أفراد العينة للباحثة انهم يقومون بخلط الحشيش ببعض الأقراص المهدثة أو المنبهة حتى تزيد من فاعليته، ويرجعون عدم فاعلية الحشيش إلى ما يقوم به خلط الحشيش بكثير من المواد الصناعية التي تفسد فاعليته (مثل الحناء).

السبب في التركيز على مخدرون غيره :

وسؤال أفراد العينة عن السبب الذي جعلهم يستمرون في المخدر الذي يتناولونه حالياً أدلى أفراد العينة باجابات تختلف باختلاف المخدر، وكانت الاجابات كما يوضحها الجدول التالى:

جدول رقم (٧٢) يبين السبب في التركيز على مخدر معين دون غيره (أ) بالنسبة للحشيش:

%	ك	السبب
٥٤ر٥٤	١.	الأصدقاء
۲۷٫۲۷	٦	منشط جنسيأ
۹,۰۹	٧	لأنه غير محرم
۹٫۰۹	۲	لأنه بيبسط
۹۰۰۹	۲	مسألة تعود

(ب) الأفيون :

جدول رقم (۷۳)

نقليد الرائد ٢٠ ٢٠	7.	ك	السبب
	٤٠	٤	الأصدقاء
قوة تأثيره ٢ ٧٠ ١	٧.	۲	تقليد الوالد
	٧.	۲	قوة تأثيره
۲۰ ۲ مشط	٧.	۲	منشط

(ج) المهدئات والمنبهات :

جدول رقم (٧٤) يوضع الأسباب في استمرار ادمان المهدنات والمنبهات

7.	ك	السبب
0 -	٥	الأصدقاء
٣.	٣	سهولة الحصول عليها وتوافرها
۲.	۲	لتخفيف آلام منع الأفيون

(د) باقى المخدرات الأخري :

جدول رقم (٧٥) يوضع السبب في التركيز على إدمان هذه المخدرات (الكوكايين، الكودايين، هيرويين) دون غيرها

7.	ك	السبب
. 0.	٣	الأصدقاء
۱۲٫۲۷	١ ،	وفرة المال
۱۲٫۲۷	١.	الرغبة في الفرفشة ،
۱۲٫۲۷	\	قرة أثر المخدر (هيرويين)

ويلاحظ من الجداول السابقة رقم (٧٣) ورقم (٧٤) ورقم (٧٥) أن من أكثر الأسباب التي أدت إلى الاستمرار في مخدر بعينه مع تكرار هذا السبب باختلاف المخدر كان مجموعة الأصدقاء، ويوضح هذا ما تتسم به شخصية المدمن من سلبية واتكالية، فهو لا يختار المخدر الذي يدمنه ويركن في اعتماده على المخدر على مجموعة من الأصدقاء يختارونه له، فهو شخصية منقادة للجماعة. كما أن سيادة الاعتقاد الخاطي، بالنسبة للحشيش بأنه منشط جنسياً قد جعل الأفراد يستمرون في تعاطيه

ويقبلون عليه دون غيره من المخدرات الأخرى، وعلى الرغم من اثبات عدم صحة هذا الاعتقاد، فقد قرر المتعاطون للحشيش أنه يؤدي إلى الضعف الجنسى، إلا أنهم يختارون من الاسباب ما يبررون به تعاطيهم للمخدر للتخفيف من وطاءة الاحساس بالذنب من ارتكابهم لسلوك الإدمان. وقد كان للبيئة أيضاً أثرها في اختيار المخدر، إذ يقوم الفرد بتقليد والده أو أحد أفراد أسرته وذلك كما يتضح من جدول رقم (٧٣) أن ٢٠/ من مدمنى الأفيون في هذا البحث استمروا في تعاطيهم للمخدر تقليد السلوك الأب أو أحد أفراد العائلة، وكذلك للسهولة في الحصول على المخدر وتوافره عما كان له الأثر في استمرار الإدمان وهذا يعكس مؤشرات اجتماعية تتميز بها بيئة المدمن وكذلك عدم احكام الضبط على حركة المخدر وتوافره، وضعف العقوبات للمدمن عليه دفع الكثير إلى الاستمرار في التعاطي.

(ب) الناريخ الإدمائي عند المدمن :

العمر الزمنى عند بداية التعاطى :

ويوضح الجدول التالى رقم(٧٦) المتوسط الحسابى والانحراف المعياري للعمر الزمني لعينة البحث عند بداية تعاطيهم للمخدر:

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	البيان
7,71	. ۲۵ر۸۸	السن عبد بداية التعاطي
	٤٨	مجن

وقد قسمت أيضاً الباحثة سن المجموعة إلى فشات وكانت كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (۷۷) يوضع فئات السن المختلفة وتكرارها عبد بدايه التعاطى

/.	ٺ	فئات السي
۹۲۲۰	٦	17-1
۸۵ر۱۶	V	10 - 14
۲۹٫۱۷	18	17 - 17
۸۰٫۷۲	14	· * * * * * * * * * * * * * * * * * * *
۱۷ر٤	4	. 75 - 77
7,70	٣	77 - 70
٥٢ر٦	٣	۲۰ - ۲۸

ويتضح من الجدولين السابقين أن المتوسط الحسابي للسن في بداية الإدمان كان (١٨/٢٥) لدي عينة البحث، كما أن أكثر فئات السبن تكراراً عند بداية التعاطي (١٦ – ١٨)، وهذا يؤكد ما ذهبت إليه الكثير من الدراسات من أن الإدمان عادة ما يبدأ عند صغار السن والشباب وذلك كرغبة أي منهم في تقليد عالم الرجال، ولسد ما يشعرون به من مشاعر عجز واحباط يتلقونها من البيئة التي تحيط بهم، وعجزهم أيضاً عن التكيف مع بيئة الرجولة الجديدة بما تتضمنه من مسؤليات وأيما عن التكيف يدفعهم إلى الهروب إلى المخدر كوسيلة لاراحتهم من آلام العجز والقصور وكوسيلة للتوافق الناقص بينهم وبين متطلبات دافعهم.

ء الكمية المأخوذة في بداية التعاطى :

يه صح الجدول النالي الكيميات الني بدأ بها المدمنون تعاطيمهم المحدر، وقد أدلى المدمنون بكميات مختلفة تختلف باختلاف المخدر.

جدول رقم (٧٨) يوضح الكميات التي بدأ بها المدمنون تعاطيهم للمخدر

7.	أفيون ك	7.	ك	الكمية/حشيش
۲.	۲	۱۳٫۳۷	٣	ف _ر ش کامل ^(*)
٧.	۲	۹۱رء٤	٩	\ ب فرش
٤.	٤	۱۸٫۱۸	٤	ا أ فرش
٧.	. 4	۲۷٫۲۷	٦	أقل من ذلك

ويوضح الجدول التالي كمية المنبهات والمهدئات التي كانت تؤخذ في بداية التعاطي.

جدول وقم(٧٩) يوضع كمية المهدئات والمنبهات التي بدأ بها المدمنون تعاطيهم

%	ك	عدد الأقراص
٤.	٤	٣
۳.	٣	٥
۳.	. "	٧

وقد قرر المدمنون أن هذه الكمية قد استمرت لمدة طويلة ثابتة عند بداية تعاطيهم، ولكنهم اضطروا إلى زيادة هذه الكمية بعد ذلك وقد أرجعوا هذه الزيادة إلى غش المخدرات بجواد أخري تجعلها تفقد قدرتها التأثيرية ولكن هذه الزيادة قد يكون سببها الاطاقة النفسية والجسمية التى تدفع الفرد إلى زيادة كمية المخدر نتيجة لتعوده عليه عما يجعل آثار الجرعة الأولى تخف بعد التعاطى بمدة فيضطر المدمن إلى زيادة الجرعة ليصل إلى نفس الأثر.

^(*) يزن الفرش حوالي لل ٤ جرام تقريباً.

السبب في تعاطى المخدر في أول مرة :

ويوضح الجدول التالى الاسباب التي دفعت المدمن لتعاطى المخدر في المرة الأولى لتعاطيهم:

جدول رقم (٨٠) يوضع الأسباب التي أدت بالمدمن إلى تعاطى المخدر في أول مرة

/.	ك .	السبب
٤٩٫٩٢	74	الأصدقاء
۸۵ر۱۶	٧.	التنشيط الجنسي
۸۵ر۱۶	٧ .	حب الاستطلاع
۸٫۳۳	٤	التخلص من ألام مرضية
۸۰٫۲	١	لنسيان الحزن
٥٢ر٦	٣	الاتجار في المخدر
ٔ ۲۵ر۳	٣	توافر المال

وبالنظر إلى الجدول السابق يتضح لنا أيضاً أن جماعة الأصدقاء هم أكثر نسبة محرضة على تعاطى المخدر في المرة الأولى (٤٩,٩٢١) وهذا يؤكد النظرة الانتشارية (الوبائية) لتعاطى المخدر والتي تقول بأن وجود مدمن واحد يعتبر خطراً على البيئة الموجودة فيها، فقد تنتقل عدوي إدمانه إلى من هم أصغر منه سناً إما بقوة إيحائه عليهم باخبارهم عما يجلبه المخدر من آثار مفرحة، أو لمن هم في سنه كمحاولة منهم لتقليد ما يقوم به، وكذلك انتشار هذه العدوي بين من لديهم الاستعداد للإدمان، ويلى الأصدقاء حب الاستطلاع والسلوك الجنسي كدافعان لتعاطى المخدر في المرة الأولى (١٤٥٨)، وهذا يبين مدي انتشار الاعتقادات الخاطئة في مجتمعات المدمنين، فهي اعتقادات تحقق لهم ظاهرياً الاحساس بالقدرة والتفوق والتخلص من الآلام عن طريق شعورهم بهذا الاقتدار الوهمي الذي يمنحه لهم المخدر.

الآثار الناتجة عن التعاطى في أول مرة :

قررت نسبة كبيرة من العينة أنهم سشعروا من جزاء تعاطيهم للمخور في المرة الأولى بتنميل ورعشة في الجسم، وعدم القدرة على الوقوف ودخة وزغللة، مع فقدان في الوعى وتعب في الجسم، ورغبة في القيء والشعور بصداع شديد مع رغبة في الجنس، والشعور كأن شيئاً يقف في الزور، وزيادة في النشاط، وعدم القدرة على النوم، وهذا بالنسبة للأقر المجسمية، أما بالنسبة للآثار النفسية، فقد قرروا الشعور بالفرفشة والانبساط، إلا أن هذه الآثار لم تبدأ مع كل المخدرات ولكن اختص يها الحسين فدقط وكل ما تختص به المخدرات الاخري هو الشعور بالنوم العميق والذي قد يستمر يومين كاملين.

■ أسلوب التعاطى عند بداية الإدمان، والآن، وأفضل طرق التعاطى : ويسؤال العينة عن الطريقة التي بدأوا بها التعاطى للمخدر،ثم الطريقة التي استمروا فيها حالياً في التعاطى،وأفضل الطرق جميعاً التي تسبب استمتاع أكثر بالمخدر كانت إجاباتهم كماً يوضحها الجدول التالى:

جدول رقم (٨١) يوضع طرق التعاطى المختلفة في بداية الإدمان وحالياً وأفضل الطرق للتعاطى

أفضل الطرق		فالياً	عندبداية حالياً التعاطى حالياً			الطريقة
7.	ك	7.	ك	7.	ك	انظريقه
. 0,71 18,0A 17,70 18,0A 18,00 14,00 14,00 14,00	7 > 9 > 4 > 7	۱۲٫۵ ۱۲٫۵ ۲۱٫۵۸ ۲۰٫۵۳ ۲۰٫۷	\\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\	130.1 130.1 13007 100,00 100,0	00>4 × × ×	بلع استحلاب جوزة لف في سيجارة مذاب في مشروب ساخن الشم الاكل بمفرده

وقد اتضع للباحثة أن هناك بعض المدمنين يستخدمون أكثر من طريقة للتعاطى، والأسلوب الشائع هو الأر ارب الفيين يشتى صوره، رقد يلفت من أما الله أن التعاطى حوالي (٩٩٪) يشرق المؤته للمحتلف وحالي أو و المائية التعاطى حوالي (٩٩٪) يشرق المحتلف في التسبق كسا أنه بسؤال المدمنين عن أفضل الطرق للتعاطى قرروا أنها الطريقة التي يستخدمونها حالياً والمتمركزة معظمها في التعاطى الفمى. وقد أوضع هذا سمة مجزة لسلوك مدمني المخدرات الذي يتصف بالجمود والصلابة وعدم القدرة على التعبيد، فهم يري أن ما يفعله دائماً هو أفضل سلوك ولا يسعى لتعديله.

المنصرف على المخدر عند بداية التعاطى، والآن :

ويوضح الجدول التالى كمية ما يصرف من دخل الفرد على الجرعة اليومية للمخدر عند بداية التعاطى وحالياً:

جدول رقم (۸۷) يوضح المنصرف يومياً على جرعة المخدر حالياً وعند بداية التعاطى

مالياً		المنصرف على المخدر بالجنيه			المنصرف على المخدر بالقروش
7.	ك		%	ك	ب حروس
۲٤ر ۱۰	0	۱ جنیه	۸۳ر ۲۰	١.	۱۰ قروش
۸٫۳۳	٤	٥ر١ جنيه	۸۵ر۱۶	٧	۲۵ قرش
۲۶ر۱۱	0	۲ جنیه	۱۲٫۲۵	٦	٤٠ قرش
۸٫۳۳	٤	۳ جنیه	۲٤ر ۱۰	٥	۵۰ قرش
۸۵ر۱۱	٧	٤ جنيه	۲٤ر۱۰	٥	٦٠ قرش
۸۵ر۱۱	1	٥ جنيه	۸۳ر ۲۰	۸.	۷۵ قرش
۸۳ر ۲۰	1.	۷ جنیه	۲٤ر۱۰	٥	۱۰۰ قرش
۱۲٫۲۵	٦	۱۰ جنیه			

الآثار الناجمة عن المنع :

رة أرد - الده زن في إجاباتهم أن المغدر يسبب لهم أعراد أحسوية مثل ورح في كل أجزاء الجدم، اسهال عدم القدرة على الوقوف مغضر رأام عديد في المان صداع شديد، حيق في التنفس تعب في العدة فقدان في الشهية، رشح في الانف دوخة دموع مستمرة. وأعراض نفسية: نرفزة وضيق وعدم على الشحمل، تهور وغضب لأتفه الأسياب، توهمان وفقد ألوعي، وعدم قدرة على النوم، مع وجود كوابيس وأحلام مزعجة أثناء الفترات المتقطعة من النوم، رؤية اخيلة واشخاص وسماع أصوات وخوف شديد ورهبة من أقل شيء.

وبالنظر إلى الجداول السابقة رقم (٨٦)، ورقم (٨٧)، ورقم (٨٨) والتي توضح خبرة الامتناع عن المخدر والمحالة للامتناع، وعدد مرات الامتناع والسبب في الامتناع، نجد أن نسبة كبيرة من أفراد العينة (٦٨ر٧٨) قد حاولوا فعلاً الامتناع عن المخدر، وقد قرروا أن محاولتهم كانت بالبعد فقط عن مكان التعاطى والأصدقاء المتعاطين وأخذ عهد على النفس بعدم تعاطى المخدر مرة أخرى، وبلغت أكبر مدة للامتناع عن المخدر سنة واحدة وأقل مدة يوم واحد، وكانت أعلى نسبة من المتنعين (١٢/ ١٢) قد امتنعوا لمدة اربعة أشهر. وبالسؤال عن سبب الامتناع قرروا أن ضعف الايراد المادي وغلو ثمن المخدر (٤٥ر٤٥) هو الهسبب الأكثر تردداً، ويليه ما سببه المخدر من تدهور في صحة المدمنين (٢٤/٢٤). ومن هذه النتائج يتضع لنا أن شخصية المدمن شخصية سلبية لا تملك القرار، فهو لم يفكر في منع المخدر إلا عندما فرض عليه هذا بطريقة غير مباشرة عن طريق إرتفاع سعر المخدر والتدهور الصحي المصاحب للتعاطى، وهذه أسباب قهرية دون إرادته دفعته للامتناع عن المخدر. ويعكس هذا ما تتسم به شخصية المدمن من نفسية ضعيفة واتكالية وسلبية وإنقيادية، تنقاد دائماً لثلة الاصدقاء حيث قرت نسبة

منهم (١٩, ٤٥) أنهم رجعوا لتناول المخدر مرة أخري نتيجة لمقابلتهم لثلة الاصدقاء المتناولين والتواجد في أماكن يتوافر فيها المخدر، ونسبة قليلة قررت أن رجوعهم للمخدر ناتج عن آثار المنع التي خبروها أثناء منعهم للمخدر (٢٤ر٢٤) وهذا يؤكد نظرية التعلم في نظرتها للإدمان، حيث قالت أن رؤية مكان التعاطى أو الاصدقاء يعتبر عثابة مثير شرطى يدفع الفرد إلى تكرار السلوك، وكذلك آلام المنع تعتبر بمثابة تعزيز سلبي للرجوع لعادة الإدمان، ولم يفكر المدمن في طريقة تخلصه من الآلام إلا محاولت تحريب قطعة من المخدر مرة أخرى، ويمجرد زوال آثار المنع بتعاطى المخدر يعتبر هذا تعزيزا ايجايبا يدفع المدمن إلى تكرار التعاطى للحصول على هذا التعزيز. كما يوضح هذا أن شخصية المدمن عاجزة عن التفكير في حل بديل أو معالجة الشكلة معالجة موضوعية جديدة، فكل معالجته تنصب على المخدر وخبرته به، كما أن اهتماماته أصبحت كلها متمركزة حول المخدر فقد أصبح وسيلته في حل مشاكله، فالمخدر هو مركزاً اهتمامه وتفكيره ووسبلته في التوافق أو إعادة التوازن. وقد قررت نسبة أخرى إن الدافع الجنسي (٧٠ر٢٠٪) هو السبب في العودة للمخدر مرة أخرى ذلك لأن منع المخدر سبب لهم سرعة في القذف وهذا الاتجاه الجنسي هو الاتجاه السائد لدى أفراد هذه المجموعة إلى جانب ما يتصفون به من اضطرابات شخصية وسلوكية أخرى.

تعرض المدمن لخبرة عدم توافر المخدر :

وبسؤال المدمنين عن سلوكهم أثناء تعرضهم لخبرة عدم توافر المخدر كانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالي:

جلول رقم (٨٩١) يوضح سلوك المدمنين في حالة عدم توافر المخدر

7.	ك	السلوك المتبع في حالة عدم توافر المخدر
۲۰٫۸۳	١.	أبحث عن مخدر بديل
۱۱۷۱۱	٧.	أبحث عن أحد الاصدقاء استلف منه
۵۷ر۱۸	4	المخدر
۱۷ر٤	۲	أبيع أثاث البيت
۸۵ر۱۶	٧ .	أبحث عن نقود حتى ولو بالسرقة والقتل

ويوضح الجدول التالي الآثار التي خبرها المدمنون في حالة عدم توافر المخدر:

جدول رقم (٩٠) يوضح آثار الامتناع عن المخدر

7.	ك	الأثر
۸۰٫۲۵	Yo	نرفزة وضيق نفسى
۲۰٫۸۳	١.	عدم قدرة على العمل
۲۱٫۲۵	. 10	آلام جسمية
		احساسات اخري (رشح وصداع ووجع في
۲۱٫۲۵	١٥	المفاصلإلخ من الآثار الجسمية).

وبالنظر للجدولين السابقين رقم (۸۸)، ورقم (۸۹) نجد أن خبرة عدم توافر العقار تسبب للمدمن الاحساس بأعراض المنع السابق توضيحها في جدول (۹۰)، وتكون هذه الاعراض عنيفة بالنسبة للمجموعة غير الراغبة في المنع، فيتحول المدمن بكل كيانه للتفكير في كيفية الحصول على المخدر، فقد يبيع أثاث منزله ويتخلى عن مسؤلياته أو يرتكب جرعة قتل أو سرقة، فالمخدر والحصول عليه هما كل ما يشغلان المدمن ولا يفكر

المدمن في عاقبة سلوكه لأنه يكون قد هدأ ما يشعر به من آلام، فالمخدر هو دائرة تفكيره سواء في حالة التخدير أو غيرها.

مكان شراء المخدر من مدينة الاسكندرية :

وقد أجاب الاقراد عن مجموعة من الاحياء المختلفة في مدينة الاسكندرية يقومون بشراء المغدر منها، وكانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (٩١) يوضع أحياء بيم المخدر في مدينة الاسكندرية

7.	ك	اسم الحی
۵۷ر۱۸	-4	كوم الدكة
٥٧ر٣	٣	جبل ناعسة
		بحري (المنشية، حارة بأطرية، حالة اليهود،
۸۳ر۲۰	١.	عارة أبنجاية، الجمرك)
۱۳٫۳۷	٨	محرم بك (نادي الصيد)
۱۳٫۳۷	٨	مينا البصل (اللبان - راغب)
۸۵ر۱۶	٧	العامرية (العجمي - والدخيلة)
٥٢ر٦	٣	باكوس

وقد ظهر للباحثة من جداول تصنيف الاحياء بمحافظة الاسكندرية أن معظم هذه المناطق تعتبر في تقييمها من المناطق دون المترسط في مستواها الايكولوچي والبيئ، وقد أوضحت قوائم اسماء المتاجرين والمدمنين للمخدرات التي اطلعت عليها الباحثة من مكاتب المكافحة أن معظمهم قد أتوا من هذه الاحياء، وأحياء اخري متشابهة لها في المستوي الايكولوچي والاجتماعي وهذا يؤكد ما أشارت إليه معظم الدراسات من أن مدمني المخدرات يأتون من بيئات منحلة اجتماعياً سواء بالتوزيع

الا يكولوچى أو بالسمات المميزة لهذه البيئات، فهم يسكنون أماكن حقيرة.

« بداية ظهور الإدمان :

وقد قررت العينة في السؤال الخاص بالمدة التي شعر بعدها بعدم القدرة على الاستغناء عن المخدر إجابات مختلفة وكانت كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (٩٢) يوضح المدة اللازمة لحدوث الإدمان وعدد مرات التعاطى اللازمة لهذا الحدوث كما قروها أفراد عينة البحث

7.	ك	المدة وعدد المرات
۸٫۳۳	٤	٣ مرات متتالية (ثلاثة أيام)
1770	٦	شهر من التعاطى المتتالى
۲۱٫۲۵	10	ثلاثة شهور تعاطى متتالى
۲۲٫۹۲	11	٧ أشهر من التعاطى المتقطع
۲٥	۱۲	سنة من التعاطى المتقطع

ويتضح من الجدول السابق أن أقل عدد مرات التعاطى وأقل مدة للشعور بعدم الاستغناء عن المخدر هى ثلاثة أيام متتالية، وثلاث مرات من التعاطى، وأن أطول مدة للشعور بعدم الاستغناء عن المخدر هى سنة من التعاطى المتقطع، وأكثر المدد تكراراً لدي أفراد العينة هى ثلاثة أشهر (٣١ر٥) وقد يرجع التفاوت فى عدد المرات للمدد اللازمة لحدوث الإدمان والشعور بعدم القدرة على الاستغناء عن المخدر إلى الفروق الفردية لدي عينة البحث فى الارجاعات الفسيولوچية، وكذلك اختلاف خصائص التعاطى ونوع المخدر، والاختلاف فى سمات شخصية المدمن ومدي الاضطراب فيها ونوعه.

(د) أثر الإدمان على بعض النواحى العقلية والمعرفية :

■ الآثار الادراكية :

وبسؤال المدمنين عن المدة اللازمة للاحساس بأثر المخدر بعد تعاطيه أجابوا إجابات مختلفة كانت كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (٩٣) يوضع المدة اللازمة لدي عينة البحث للاحساس بأثر المخدر

7.	ك	المدة
۲٤ر۱	0	خمس ٥ دقائق
٥ر٣٧	١٨	عشر ۱۰ دقائق
40	١٢	خمس عشرة ١٥ دقيقة
77,47	11	ثلاثون ۳۰ دقیقة
۱۷۷ع	٧	خمس وأربعون ٤٥ دقيقة

ويتضح من الجدول السابق أن أقل مدة لازمة للاحساس بأثر المخدر هذا هي خمس دقائق وأعلى مدة خمس وأربعون دقيقة، وقد يرجع هذا التقاروت في المدة إلى الاختلاف في طريقة التعاطي ومدة الإدمان وطبيعة المخدر وجودته، والفروق في الارجاعات النفسية والجسمية لدي المتعاطن.

الاحساس بالوقت :

وبسؤال المدمنين عن إدراكهم للوقت وهم تحت تأثير المخدر كانت إجاباتهم كالآتى:

جدول رقم (٩٤) يوضح إدراك المدمنين للوقت وهم في حالة التخدير

7.	ك	الإدراك
٥ر٦٢	۳.	سريع
۸۳ر۲۰	١.	بطی،
۱۳٫۳۷	٨	عادي

a الاحساس بالمساقات :

ويسؤال المدمنين عن إدراكهم للمسافات وهم تحت تأثير المخدر كانت .

جدول رقم (٩٥) يوضع إدراك المدمنين للمساقات وهم في حالة التخدير

%	ك	إدراك المسافات
۸۳ر ۲۰	1.	قريبة أو صغيرة
۲۱٫۲۵	10	عادية
٤٧٫٩٢	74	كبيرة أو بعيدة جداً

■ الاحساس بالاصوات:

وبسؤال المدمنين عن إدراكهم للاصوات وهم تحت تأثير المخدر كانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالى:

جدول رقم (٩٦) يوضح إدراك المدمنين للاصوات وهم تحت تأثير المخدر

%	ك	الاحساس بالصوت
0 -	45	عال (واضح جداً)
۲۰٫۸۳ ۲۹٫۱۷	۱.	منخفض، واطى (غير واضح) عادي

■ الاحساس اليصري :

ويسؤال المدمنين عن إدراكهم البصري وهم تحت تأثير المخدر كانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (٩٧) يوضع إدراك المدمنين للرؤية وهم تحت تأثير المحدر

%	ك	الرؤية
۸۵ر۱۶	٧	واضحة جداً
٥ر٢٢	٣.	عادية
۲۲٫۹۲	11	مهزوزة
l .	l	

إدراك الألوان :

وبسؤال المدمنين عن إدراكهم للالوان وهم تحت تأثير المخدر كانت. إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالى:

جدول رقم (٩٨) يوضع إدراك المدمنين للالوان وهم تحت تأثير المخدر

7.	ك	الإدراك
17,77 67,78	A \0 Y0	بهتانة (غير واضحة) مزهزهة (أوضح من العادية) عادية

(هـ) الآثار على التفكير:

ويسؤال المدمنين هل تتغير افكارهم تحت المخدر أم تظل كما كانت وإجاباتهم كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (٩٩) يوضح التغيرات في الافكار أو عدمها لدي المدمنين وهم تحت تأثير المخدر

7.	ك	الافكار
٥ر٣٧	١٨	هي هي (لم تتغير)
٥ر٦٢	۳.	تتغير

عينية التغير في التفكير كما قررها المدمنون :

وبسؤال المدمنين عن ماهية التغيرات التي تطرأ على أفكارهم كانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالى:

جدول رقم (١٠٠) يوضع أنواع التغيرات التي تحدث لتفكير المدمنين وهم تحت تأثير المخدر

/.	ك	التغير
۲۵ر۳۵	۱۷	أفكر كويس جدأ
۲۲٫۹۲	11	أبقى تايه ومش قادر أفكر أبدأ
۸۰٫۷۷	۱۳	أبقى شايف الدنيا جميلة جداً
۲۱ر۱۰	٥	يبقى تفكيري بطىء جداً
۱۷ر٤	۲	أكره المخدرات وأفكر أبطلها
	i	

وعن وجود أفكار ملحة :

خة كانت إجاباتهم كالآتى: ٣٣ فرد $^{\Lambda}$ وبسبرًالهم عن وجود فكرة م ($^{\Lambda}$ 0) قرروا وجود أفكار ملحة لديهم فى أثناء حالة التخدير. والباقون ١٥ فرداً ($^{\Lambda}$ 0) قرروا أنه لا توجد هذه الافكار الملحة لديهم.

طبيعة هذه الافكار الملحة :

وبسؤال المدمنين عن طبيعة هذه الافكار الملحة كانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (١٠٠١) يوضح الافكار الملحة التي تسيطر على المدمنين أثناء حالة التخدير

7.	ك	الفكرة
١٥١١٥	٥	أفكار جنسية
۲۵ر۱٫۵	17	خوف من عدم وجود المخدر بعد ذلك
۱۸ر۱۸	٦	أفكر في منع المخدر
۳۰۲	۲	أفكر في الموت للتخلص من الآلام
9,-4	٣	أفكر أضرب أو أعتدي على واحد لى معه خلاف

■ المخدر وحل المشاكل :

وبسؤال المدمنين عن تأثير المخدر على فهم المشاكل كانت إجاباتهم (٦٦,٦٧) بساعد المخدر على الهروب من المشكلة وإغفالها دون حلها بينما قرر (٣٣,٣٣) منهم أن المخدر يساعد على حل المشاكل.

وبالنظر إلى الجداول السابقة والخاصة بالآثار على التفكير أرقام (٩٩) ، ١٠١) نلاحظ أن نسبة كبيرة قد قررت على التفكير تتغير نتيجة لتعاطى المخدر (٩٠٥) وأن هذا التغير يختلف حسب طبيعة الشخص وتكوينه، وأن طبيعة آثار المخدر على المدمن لا يعتمد على التأثير الفارماكولوچي للمخدر بقدر اعتماده على معتقدات الفرد وما يتوقعه من المخدر، فقد بينت (٢٤ر٣٥) أن قدرتهم على التفكير تكوين أفضل في حالة التخدير بينما قرر (٣٠٩٢) أن المخدر بجعلهم يفقدون وعيهم، وهذا يتوقف على طبيعة شخصية المدمن. وعن وجود أفكار ملحة قررت نسبة (١٩٨٥) وجود هذه الافكار التي يتهركز معظمهم حول الخوف من عدم الحصول على المخدر (٢٥ر٥٥). فالفكرة الملحة ترتبط الرتباطاً وثيقاً بالتكوين الكلى للشخصية، وتكون شخصية المدمن وما يجلبه له من إرتباطأ كلياً على المخدر، فجميع أفكاره ترتبط بالمخدر وما يجلبه له من

فقد قررت أيضاً نسبة (٣٦,٣٢) إن المخدر يساعدهم على الهروب من مشاكلهم وقد يكون هذا الأثر في حد ذاته دافعاً للتعاطى لكى يتناسى المدمن مشاكله، ودافعاً للانتظام في التعاطى نظراً لوجود المشكلة وعدم حلها.

أثر المخدر على الذاكرة :

ويوضح الجدول التالى رقم (١٠٢) أثر المخدر على الذاكرة كما قررها أفراد البحث من حيث التذكر والنسيان في حالة الخدير وبدونها:

جدولُ رقم (۱۰۲)

بدوته		المخدر		-1111
%	ك	%	ك	11년1
۲۱٫٦۷	۳٦	۷٥	۳٦	أفتكر كل حاجة (قوي الذاكرة)
۳۳ر۵۵	14	40	14	أنسى (ضعيف الذاكرة)

ومن الجدول السابق يتضع أن نسبة (٥٨/٣٣) قد قرروا أنهم ينسون بسرعة فى حالة عدم تعاطى المخدر، بينما قرر (٧٥٪) أنهم يكونون أقوياء الذاكرة فى حالة التخدير، وقد يرجع هذا إلى أن المدمن فى حالة عدم وجود المخدر يكون تفكيره منصباً على الحصول عليه وتعاطيه ولا يهتم سوي بالمخدر، بينما تختلف حالته فى حالة عدم وجود المخدر، فالفرق هنا راجع إلى الاهتمامات الفكرية (الحاجة العقلية) فى كل من حالتى التخدير وعدمه.

(و) أثر المخدر على بعض النواحي السلوكية :

أثر المخدر على المزاج :

وعن إحساس المدمن بالانبساط أو عدمه في حالتي وجود المخدر وغيابه كانت إجابات المفعوصين كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (١٠٣) يبين أثر المخدر وعدمه على مزاج المدمنين

يدونه		المخدر		1 32
7.	ك	7.	ك	الاحساس
۸۰٫۲	\	۸۹٫۵۸	٤٣	مفرفش
۸۱٫۲۸	49	۲٫۰۸	١	مهموم
17,71	٨	۸٫۳۳	٤	عادي

طريقة التصرف :

وعن أسلوب التعامل والتصرف من حيث التردد أو التسرع فى التصرفات رهم تحت تأثير المخدر وبدونه كانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول رقم (١٠٤):

جدول رقم (١٠٤) يبين طريقة المدمنين في حالتي التخدير وعدمه .

يدوثه		خدر	LI	أسلوب التعامل
%	ك	7.	ك	استوب التعامل
۲۲ر۱۱	٧.	۸۸ر۲۵	Yo	متردد
۸۳ر ۲۰	١.	۲٫۲٥	٣	متسرع
۸۰٫۷۶	14	۲۷ر۱٤	۲.	عادي

وعن أسلوب التعامل من حيث قرض الرأي أو عدمه في حالتي التخدير وعدمه كانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالي رقم (١٠٥):

جدول رقم (١٠٥) يوضع أسلوب التعامل في حالتي التخدير وعدمه

بدونه		المخدر		
7.	ك	7.	ك	أسلوب التعامل
۲۱٫۲۵	10	۸٠,۷۲	۱۳	يتمسك بالرأي
۵۷ر۸۶	44	۷۲٫۹۲	40	يتنازل عن رأيه بسهولة

الحالة الاتفعالية للمدمنين في حالتي التخدير وعدمه :

ويبين الجدول التالى رقم (١٠٦) الحالة المزاجية للمدمنين وهم تحت تأثير المخدر وبدونه:

جدول رقم (۱۰۹)

يدونه		خدر	LI .	11년1
%	ك	7.	ك	2051
۲٤ر۸۵	٤١	٥ر١٢	٦	هادي
۱۷رع	۲	۷۲٫۹۲	40	متوتر
۲۱ر۱۰	0	۸۵ر۱۶	٧	عادي

وكانت إجاباتهم عن قدرة المدمن على أرجاء ومتطلبات إلى وقت لا حق لعدم تناسبها مع الوقت الحالى دون أن يصيبه ضيق من هذا الارجاء وذلك في حالتي التخدير وعدمه كما يبينها الجدول التالى رقم (١٠٧):.

جدول رقم (۱۰۷) بوضح قدرة المدمنين على أرجاء متطلباتهم وذلك في حالتي التخدير وعدمه

بدونه		, المخدر		ग्राता
//.	ك	%	ك	
۸-ر۲۷	۱۳	٥ر٣٧	۱۸	يمكن أأجلها من غير ضيق
۷۲٫۹۲	40	٥ر٦٢	۳.	لا يمكننى تأجيلها (هكون متضايق)

وبالنظر للجداول السابقة أرقام (١٠٣، ١٠٣) نجد أن معظم الحالات قد قررت أنهم يشعرون بالهموم والكدر في حالة غياب المخدر (٨١,٣٩) ذلك لأن المخدر يخدر شعورهم بالعجز وبجلب لهم السعادة الوقتية بنسيان المشاكل أو الهروب منها، كما قرر (٨٩,٨٨) أنهم بكونون في حالة سعادة وفرفشة، وهم تحت تأثير المخدر ذلك أن المخدر يمنحهم قوة واقتدار يشعرهم بالتفوق على عجزهم وواقعهم.

وعن أسلوب التردد في التصرفات أو التسرع أجاب بسبة من العينة

(١٩١٧) أنهم يترددون في تضرفاتهم بدون مخدر، ونسبة (٥٢،٠٨) أنهم يترددون أيضاً في حالة وجود المخدر وهذا يوضح لنا ما تتسم به شخصية المدمن من عجز على مواجهة الواقع والتردد في التصرفات والخوف والتشكك فيما حوله والافتقار إلى المبادأة.

ويوضح جدول رقم (١٠٦) أن نسبة كبيرة منهم (٧٠٦/٧٪) يشعرون بالتوتر في حالة عدم وجود المخدر، ويوضح هذا أن المدمن أصبح متعمداً على المخدر في تغيير حالته السلوكية والاتفعالية التي لا يملك هو القدرة على تغييرها.

وأوضح جدول رقم(١٠٠٧) أن مجموعة كبيرة من المدمنين لا يستطيعون تأجيل رغباتهم الملحة لوقت آخر وهم في خالة التخدير (٩٢٥٥) ونسبة (٧٢,٥٢٧) أيضاً لا يستطيعون تأجيل نفس الرغبات في حالة عدم وجود المخدر، وهذا يعكس ما تتسم به (أنا) المدمن من عدم قدرة على تحمل الواقع، وكذلك مدي قصور شخصيته وعجزها الذي يجعله غير قادر على تأجيل رغباته الملحة إلى وقت آجل لعدم تناسبها مع الوقت الحالى، ومن خلال هذا نستطيع أن نحدد بعض السمات في شخصية المدمن، فهي شخصية سلبية، إتكالية، منصاعة للجماعة، تفتقد للمبادأة ومواجهة الواقع، عاجزة عن تأجيل رغباته أو التوفيق بينها وبين الواقع، غير قادرة على التكيف مع الواقع ومشكلاته، مترددة منسحبة من الواقع الذي تعيش فيه.

أثر المخدر على الناحية الانتاجية :

وبسؤال المدمنين عن قدرتهم على العمل وهم في حالتي التخدير وعدمه كانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (۱۰۸) يوضع قدرة المدمن الحالية على أداء العمل في حالتي التخدير وعدمه

بدونه		لخدر	.1	_(-:VI
7.	ك	7.	ك	الإنتاج
۹۸٫۷۵ ۸٫۳۳ ۲۲٫۹۲	44 £	۵۷ر۱۸ ۸۳ر۷۰ ۲٤ر۱۰	9 4 4 5	قليل كثير عادي

ويوضح الجدول السابق قدرة المدمن على العمل فى حالة التخدير ومن غير التخدير، وقد أوضح (٧٠ ر٥٠) منهم أن إنتاجهم يكون وفيراً فى حالة تعاطى المخدر، وفى حقيقة الأمر أن إنتاجهم هذا الذي يصفونه بالكثرة فى حالة تعاطى المخدر يقل كثيراً عن إنتاج الشخص العادي الذي لا يتناول المخدر أبداً ولكن المقارنة هنا هى مقارنة بين القدرة على العمل من عدمه، وأن ما يقرره المدمنون من قلة إنتاج أو أن إنتاجهم عادي هو الحقيقة إشارة إلى عدم القدرة المطلقة على العمل.

وكذلك بينت النتائج أن معظم المدمنين يفضلون الوحدة في حالة عدم وجود المخدر (٧٢,٩٢)، بينما يفضلون أن يكونوا مع الناس في حالة تعاطيهم المخدر وذلك كما قرر (٨٢٥) من أفراد البحث.

وقد أوضح معظم أفراد البحث أنهم لا يتصرفون في المواقف الضاغطة حسب ما يمليه الموقف، ولكن وفق الحالة التخديرية لهم، إذ قرر (٨ ٢٨) منهم أنهم إذا إعتدي عليهم أحد أو سبب لهم ضيقاً وهم في حالة عدم وجود المخدر، إعتدوا عليه بالضرب وإنهالوا عليه سباً، بينما قرروا أنهم في حالة تعاطيهم المخدر يتركون هذا الشخص وشأنه بقولهم (أنا بكون متكيف ومش عاوز حاجة تأريفني، وأنسى كل المشاكل علشان أتمتع

بالمخدر) وذلك كما قرر (٩١،٩) من أفراد البحث. ويوضح هذا حرص المدمن على التمتع بحالة التخدير، وما تجلبه له من نشوة ولذة، ويتعامل من خلال هذه الحالة بما يتلام وحفاظه عليها وإبقا ها لأكبر فترة ممكنة.

وكذلك قرر (٨٩,٥٨) من أفراد البحث أنه لا تحدث بينهم خلاقات ومناقشات وبين أي فرد في حالة تعاطيهم المخدر، وبينما قرر (٩١,٥٥) من أفراد العينة إنه تحدث بينهم وبين الآخر مشاكل وخلافات سواء في المنزل أو الأصدقاء أو العمل في حالة عدم تعاطى المخدر.

أثر المخدر على النوم :

قرر (٩٢,٣) من المدمنين أن نومهم يكون متقطعاً وتتخلله فترات أرق طويلة ومتكررة، وقد يضل الأرق إلى حد التواصل طوال الليل في حالة عدم وجود المخدر، بينما قرر جميعهم أنهم ينامون دون أي تقطع طوال فترة النوم في حالة تعاطى المخدر.

أثر المخدر على الشهية للطعام :

ويوضح الجدول التالي رقم(١٠٩) أثر المخدر على الشهية للطعام كما قررها أفراد البحث.

جدول رقم (١٠٩) يوضح أثر المخدر على شهية المدمن للطعام في حالة التخدير وعدم التخدير

بدونه		المخدر		الحالة
%	ك	7.	ك	27.05-1
٥ر١٢	٦	۲۳ر۸۸	٤٠	نفسى مفتوحة للأكل
۵۷۸	٤٢	۱۶٫۶۷	^	معنديش نفس للأكل أبدأ

ويبين الجدول أن (٨٣٫٣٣) من أفراد العينة يأكلون بشهية في حالة تعاطيهم للمخدر، وأن نسبة (٥٧٨) تنعدم شهيتهم للطعام في حالة غياب المخدر، وهذا يؤكد ما سبق أن وجدته الباحثة من نتائج من أن المدمن لا يهتم بأي سلوك سوي تناوله المخدر فقط يهمل كل شيء في سبيل الحصول عليه حتى وإن كانت صحتد، ولذا يعاني معظم الدمنين من الهزال والشحوب والضعف العام والنحافة.

أثر المخدر على الميل لارتكاب الجرائم :

قرر (٣٦,٦٣٪) من أفراد العينة إن مدمن المخدرات أكثر ميلاً لارتكاب الجرائم دون غيره من غير المدمنين، وقد حدد المدمنين الجرائم التي يرتكبها المدمن كما يوضحها الجدول التالي رقم (١١٠):

جدول رقم (١١٠) يوضح نوع الجرائم التي يقوم المدمن بارتكابها

7.	ك	نوع الجريمة
۵۳٫۷۵	٤٣	سرقة
٥ر٦٢	٧.	إغتصاب
۳۳ر۸۸	٤.	نصب
٥ر٧٢	40	قتل
٥ر٧٢	40	ضرب

وكان المدمنون يجيبون بأن هناك أكثر من جريمة من المكن للمدمن أن يرتكبها، وتزداد حدة هذا الارتكاب في حالة عدم وجود المخدر، إذ أن المدمن - تحت وطأة أعراض منع المخدر، وما يشعر به من هم وكدر نتيجة لعدم قدرته على الحصول على جرعته من المخدر - قد يضرب أمه وأفراد أسرته، أوببيع الأثاث في منزله، وقد يسرق صاحب العمل، أو يأخذ رشوة أو ينصب على أحد معارفه وأصدقائه.

فإرتكاب الجرائم عند المدمن هي حالة ضاغطة، تفرضها الرغبة في الحصول على المخدر، أما جرائم الإغتصاب فإن ما يثيره المخدر من نشاط جنسي ورغبة جنسية بالإضافة إلى ما يعتقده الشخص وما يتوقعه من المخدر في زيادة نشاطه الجنسي وإيقاظ غرائزه يزيد من رغبته الجنسية ويدفعه دائماً للتفكير في إشباع هذه الرغبة بأي طريقة.

الإدمان وأثره على السلوك الجنسى :

أجاب (٥ر ٨٢) من أفراد المجموعة أن لهم علاقات جنسية مع الجنس الآخر، يبنما أجاب (٥ر ١٧٪) من أفراد العينة أنه لم يمارس أي علاقات جنسية طوال حياته، وقد يرجع هذا إلى حداثة سن هذه المجموعة، أو لعدم إتاحة الفرصة لديها فقد قال معظمهم أنهم لم يتعرفوا على إناث يرغبن في إقامة مثل هذا النوع من العلاقات ولكن (٥ر ١٥٪) منهم يقومون بمارسة العادة السرية.

وكانت النتائج تدل على أن (٥٤٥/) من أفراد العينة متزوجون ولهم علاقات جنسية مع نساء أخريات عن يزاولن البغاء. وأن النسبة الباقية منهم كانت علاقاته الجنسية مقصروة على زوجته.

وعن أداء المجموعة للعملية الجنسية في حالة التخدير وعدمه كانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالي رقم (١١١):

جدول رقم (١١١) يوضح أداء المجموعة التجريبية للعملية الجنسية في حالة التخدير وعدمه

بدونه		المخدر		الأداء
%	ك	/	ك	
۱٤٫۲۹	٥	۸۲٫۸٦	44	أنضل
۷۷ر۵۸	۳۰	۱۷٫۱٤	٦	غير ذلك

وقد قرر(٧٢٫٩٢٪)من أفراد العينة أنهم يقضون وقتاً أطول من العادي فى أداء العملية الجنسية وهم تحت تأثير المخدر، وقد قرر (٨٣٠ ـ ٢٪٪) منهم أن المخدر يسبب لهم سرعة فى القذف ثما يؤدي إلى قصر المدة عن الحال وهم بدون المخدر.

ويسؤال المدمنين عما إذا كان باستطاعتهم تحديد الوقت الذي يقضونه فى العملية الجنسية وهم تحت تأثير المخدر وبدون المخدر، فكانت إجاباتهم أنهم يشعرون أنهم يضون ساعات طويلة فى حالة وجود المخدر ولم يستطيعوا تخديد الوقت ولا بالتقريب فى حالة التعاطى، أما فى حالة عدم تعاطى المخدر فقد كان قولهم أن العملية لا تستغرق ثوانى معدودة. ويوضح ذلك ما سبق من نتاتج خاصة بالآثار الإدراكية، فالإدمان يفسد الإدراك عند المدمن، كما أن العملية الجنسية تنطوي على مشاعر تتراوح فى اللذة والسعادة والنشوة والمدمن يرغب دائماً أن يظل في هذه الإصاسات لا يخرج منها قط، فيشعر كأن الوقت يمر ساعات أثناء هذه العملية.

وبسؤال المدمنين عن أثر المخدر على الأداء الجنسى كانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالي رقم (١١٢):

جدول رقم (١١٢) يوضح أثر المخدر على العملية الجنسية

7.	ك	الأثر
۲۱٫۲۵	10	زيادة النشاط والمتعة
٥ر١٢	٦	يعطى قوة جنسية
. ۸۳ر ۲۰	1	ملاطفة الست والتجاوب معها
۲۱٫٦۷	۲.	يطيل مدة الإتصال
۱۰٫٤۲	٥	يسبب سرعة القذف
۸۳ر۲۰	١.	كراهية العملية الجنسية
۲۶ر۱۱	٥	يسبب الضعف الجنسي

ويوضح الجدول السابق الآثار التي حددها المدمنون وقد كان الفرد الواحد بجيب بأكثر من أثر، ولكن هناك تناقض في إدلاء المدمنين لهذه الآثار بالنسبة للفرد الواحد، فيقول أن المخدر يعطيه قوة جنسية وأيضاً سرعة قذف وضعف جنسي في وقت واحد.

وقد أجاب (٧٩ر٧٩٪) أن أداءهم للعملية الجنسية يختلف وهو في حالة التخدير عن حالته العادية (بدون مخدر)، وقد قرروا أن مظاهر الاختلاف كانت كما يوضحها الجدول التالي رقم (١٩٣):

جدول رقم (١١٣) يوضح مظاهر الإختلاف في العملية الجنسية في حالة التخدير وبدونه

7.	ك	المظهر
۲۹٫۱۷	١٤	قوة في الأداء
۸۰٫۷۲	۱۳	زيادة في المتعة
۸٫۳۳	٤	تجاوب مع الست
۲۲ر۳۱	10	طول في المدة
۵۲ر۳	٣	بخفي الحياء
٥ز١٢	14	عدم وعي
۸٫۳٤	٤.	برود وسرعة قذف
۲۱ر۱۱	0	ملاطفة الأنثى ومداعبتها

وقد أجاب (۸۹٫۷۸٪) منهم أنه يوجد تجاوب من السبدة التي يمارش معها العملية في حالة تعاطيه للمخدر، ويقل هذا التجاوب في حالة عدم التعاطى. وأجاب (۱٫۹۱٪) أنهم يشعرون برغية أكثر في الإتصال الجنسي في حالة تعاطيه المخدر، بينما تقل هذهالرغبة في حالة عدم تعاطى المخدر.

كذلك أجاب (٨٠ر٧٧٪) أن إدمان المخدرات يؤدي إلى حدوث الضعف الجنسى، بينما أجاب (٢٧,٧٢٪) أنه لا يؤدي لذلك بل يسبب قوة جنسية.

ومن النتائج السابقة الخاصة بآثار الإدمان على الناحية الجنسية والموضحة في الجدول من رقم (١١١ إلى رقم ١١٣) يتضح لنا أن أقوال المدمنين فيما يتعلق بأن تعاطى المخدر يسبب إطالة مدة الجماع والشعور بلذتها، إغا عى محاولة من قبل المدمنين لتغطية واقعهم النفسى الأليم بما فيه من قلق وإنقباض، ولما كانت فترة الإتصال الجنسي من الفترات التي تسبب له السعادة والشعور باللذة وتخدير مشاعر القلق والاكتئاب والعجز فإنه يسعى لإطالتها بأي وسيلة حتى يخفف، بها ما يعانه من مشاعر ضاغطة.

وفيما يتعلق بأثر المخدر على العملية الجنسية فقد أجابوا من ضمن الآثار أن السيدة تشعر بتجاوب ولذة وملاطفة أكثر عندما يكون هو تحت تأثير المخدر، وهذه الإجابة تعتبر نوعاً من التبرير الذي يلجأ إليه الفرد لتغطية سلوكه بغطاء منطقي ومحاولة منه للدفاع عن نفسه، فيعزي السبب في تناول المخدر إلى رغبة السيدة التي معه لا إلى رغبته هو فيكون الدافع للتعاطى هو المرأة وليس هو ولو كان هذا صحيحاً لكان الإدمان منتشراً بين كل المتزوجين من كل الطبقات والأعمار كرغبة منهم في التوافق الجنسي والوصول إلى مرتبة عليا من النشوة، ولكن الواقع لا يؤيد ذلك لأن الإدمان منتشر بين المتزوجين وغير المتزوجين من طبقات معينة لهؤلاء المدمين.

مشكلات المدنين :

أجاب (٥ر٨٣٪) من أفراد عينة البحث أنهم يعانون من المشكلات التى لم يستطيعوا تحديد سبب لها، بل أكد معظمهم أنهم وجدوا أنفسهم غارقين في هذه المشكلات بدون أي إرادة منهم وكأنهم ولدوا بها.

وعن المشكلات التي تدفع الناس إلى تعاطى المخدرات كانت كالآتي كما قررها أفراد عينة البحث: الأمراض، مشكلات مع الأهل، نسيان الهموم، الجنس، الفقر، أصدقاء السوء، مشكلات في العمل، البيئة المحيطة، مداراة النقص، التقليد.

علاقة المدمن بأسرته:

العلاقة بالوالد :

أجاب (١٥/) من أفراد العينة أنهم لم يروا آباءهم وذلك لوقاة الأب منذ صغرهم. بينما أجاب (٤ر٣٥٪) أن والدهم متفصل عن واللاتهم ومتزوج بغيرها وليس لهم أية علاقة بوالتهم. وأجاب الباقون بأنه لا يوجد أي تفاعل عاطفي بينهم وبين والدهم، فيما عدا (٨٪) من أفواد البحث أجابوا بأن علاقاتهم بوالدهم يشوبها كل حب وأظهروا ذلك الجب بقرلهم (ده أبويا هو اللي بيجيب لي المخدرات) فأصبح موضوع الحب والإهتمام لديهم هو المخدر.

العلاقة بالوالدة :

أجاب (١٧٧) منهم أنهم لم يروا والدتهم ولم يتعاملوا معها، بينما أجاب (٢٩٪) أن والدتهم منفصلة عن الوالد ولا يراها لزواجها من غير أبيه، وقد أوضح الكثيرين ضيقهم بسبب زواج أمهم من آخر وعبروا عن ضيقهم هذا برغبتهم في التخلص منها. بينما أجاب ٥٠٪ منهم أن علاقاتهم بوالدتهم عادية جداً.

طريقة معالجة المدمن للمشاكل التي تقابله:

وقد قرر أفراد العينة إجابات مختلفة فيما يتعلق بعاملاتهم للمشكلات التى تصادفهم وذلك بقولهم: (أنا ماليش دعوة بالشاكل، أحاول أنساها وأن آخذ مخدر يبعدنى عنها ،أنا مش بستحمل المشاكل، أفكر وأحاول أحلها، أخلى واحد كبير يحلها لى، لمر السبب في المشكلة أبنى هضربه ولا حتى أموته، ولو شخص كبيرزي والدي هاخده على أد عقله).

ويتضع من الإجابات السابقة الخاصة بالتعامل مع المشكلات، ما يتميز به المدمن من إنسحابية وتعامل سلبى مع الواقع الذي يعيش فيه، وعدم قدرة على تحمل المشاكل والمتاعب والظروف الضاغطة، وإستخدام المخدر كرسيلة تكيفية بدلاً من إقتحام الواقع ومحاولة التكيف معه والشعور بالدونية والعجز وعدم القدرة على مواجهة الواقع بما فيه من متاعب فيلجأ إلى المخدر كوسيلة دفاعية.

وقد قرر (٧٥) / من أفراد العينة أن والدهم أو أحد أقاربهم يتناولون المخدات المختلفة.

رسمات شخصية المدمن كما توضحها نتائع المقابلة :

- الانقياد والانصباع لأوامر الجماعة.
 - السلبية في التعامل مع الواقع.
 - الاتكالية.
 - ٠ الجمود.
- عدم انقدرة على تحمل الآلام والمتاعب والظروف الضاغطة.
 - عدم القدرة على إرجاء رغباته وغرائزه ومطالبه.
- وجودهم في بيئات تتميز بالاتحطاط الإجتماعي، والتفكك الأسرى، وإنتشار العادات السلوكية الشاذة.
- تشوش الإدراك وفساد بعض العمليات العقلية كالتذكر والإحساس البصري، السمعى، والذوقى ..إلخ.
 - إضطراب التفكير وجموده، وإنحطاطه.
 - اضطرابات الذاكرة.
 - التردد في التصرفات والخوف والتشكك والافتقار إلى المبادأة.
 - التوتر وعدم القدرة على التوفيق بين رغباته وواقعه.

- الإنسحاب من الواقع والهروب.
- ضعف قدرته على العمل وإنعدامها في بعض الأحيان.
 - الأرق والهزال وفقد الشهية للطعام.
 - الميل إلى إرتكاب الجرائم.
 - الإضطراب الجنسى.
- التفكك الأسري وإنعدام القيم في بيئته الأسرية، وخروجهم من بيئات تثميز بالفقر، وإمتهان مهن لا تحتاج إلى مهارة فنية.
- الشعور بالعجز والنقص والدونية وإستخدام الحيل الدفاعية لمداراة
 ما يقوم به من سلوك شاذ.
 - عدم القدرة على إقامة علاقات إجتماعية سليمة.
 - عدم القدرة على التعامل بإيجابية مع من حوله.

الفصب لالسادسس

تفسيرالنتائج

■ تفسیر نتائج الفروض:

- تفسير النتائج الخاصة بالفرض الأول.
- تفسير النتائج الخاصة بالفرض الثاني.

أثر الإدمان على السلوك:

- أثر الإدمان على بعض مظاهر السلوك العقلى.
 - أثر الإدمان على إنتاجية المدمن.
 - أثر الإدمان على السلوك الجنسي.
 - أثر الإدمان على السلوك الاجرامي.
- أثر الإدمان على بعض أوجه السلوك الانفعالي.
 - خاعة البحث.
 - ملخص البحث.

تعرضت الباحثة في هذا الفصل لتفسير النتائج التي توصل إليها البحث في ضوء الفروض الخاصة بالبحث، ثم يلى ثلك وصف الآثار الإدمان على بعض النواحى السلوكية كما أظهرها البحث الحالي والبحوث السابقة، ثم خاقة البحث متضمنة سمات شخصية المدمن في هذا البحث، وما يسفر عنه البحث من البحوث مستقبلة وأخيراً ملخص البحث.

أولاً ~ تفسير النتائج على ضوء الفروض :.

(أ) بالنسبة للفرض الأول والقائل بأن انخفاض بعض القدرات العقلية أكثر شيوعاً لدى مدمني المخدرات عن غير الممنين، فقد تبين من النتائج: أن المدمنين في هذا البحث يعانون من ضعف الذكاء وكان متوسط درجات ذكاتهم (۸۱ر۸۸) بانحراف معياري قدره (۹۰ر۲۸) (جدول رقم ٤٠). ويدل هذا المتوسط على مستوى ذكاء منخفض وادني من المتوسط وذلك كما يوضحه مبيان المعابير الخاصة بالاختيار المستخدم في الدراسة. وقد يرجع هذا الانخفاض في الذكاء إلى عوامل أخري غير الإدمان منها إنتماء عينة المدمنين إلى بيئات اجتماعية دنيا، وامتنانهم لوظائف لا تحتاج إلى مستوى عال من الذكاء، وكذلك معاناة كل أفراد العينة من الأمية، وكان متوسط العمر الزمني لأفراد العينة المدمنة (٤١ سنة) أي أن نسبة الذكاء لديهم بدأت في التدهور نتيجة لتقدمهم في العمر، ولذا كانت لقارنة الجموعة الدمنة بمجموعة أخرى غير مدمنة توازيها من حيث الجنس والسن والمستوى الاجتماعي والاقتصادي أثره في توضيح صحة هذه النتائج، وقد أيدت نتائج المقارنة صحة هذا الفرض أيضاً، حيث كان متوسط نسبة ذكاء المجموعة الضابطة وهي مجموعة غير مدمنة على المخدرات(۸۷رع ۱۰) بانحراف معياري قدره (۵۵ر۹) درجة، وقد أوضحت نتائج التحليل الاحصائي وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى

ثقة ١ رويين نسبة ذكاء الجموعة التجريبية والضابطة الصالح الجموعة الضابطة وتتفق هذه النتيجة مع نتاتج بعض الدراسات مثل فرجل ومارينيسواندر وديهل حيث اكدرا في يحرثهم أن الإدمان يسبب تدهوراً في كفاء الرظائف العقلية وأيضاً تتفق معهم النتائج التي ذهب إليها كوبرا وكوبرا Copera & Copera من مدمني المخسيش في الهند، حيث وجدوا أن الغالبية من مدمني المخدرات يتصفون الحشيش في الهند، حيث وجدوا أن الغالبية من مدمني المخدرات يتصفون بالفياء والضعف العقلي. وكذلك دراسة ورزنبرج Rozenberg وايفنسون بالفياء والتماكية والجنائية، ودراسة سعد المغربي عن سيكولوجية تعاطي المخدرات إلا أن الباحثة تري إنه ليس من المستطاع تعميم هذه المتبجة على كل مدمني المخدرات، وذلك لعدة أسباب منها:

 أن نسبة ذكاء مدمنى المخدرات كانت مجهولة للباحثة قبل بداية الإدمان.

٢ - إنتماء معظم اللدمنين في عينة بحثها إلى فئات اجتماعية دنيا،
 وكذلك إلى فئات تعليمية دنيا إذ كانت كل العينة تعانى من الأمية،
 وقد أثبتت الكثير من الدراسات عن وجود علاقة كبيرة بين الذكاء
 والتحصيل.

 ٣ - بالرغم من نتائج الدراسات التى تؤكد أن مدمنى المخدرات ينتمون إلى فئات ذكاء دنيا إلا أنه لا توجد بحوث تناولت العلاقة بين الإدمان والذكاء وذلك من حيث العلاقة بين نسبة ذكاء أشخاص آخرين لديهم استعداد للإدمان.

 لا توجد دراسات تناولت العلاقة بين الذكاء والإدمان من حيث ما تسببه الإدمان من تلف في الجهاز العصبي المركزي ونسب ذكاء أشخاص آخرين لديهم استعداد للإدمان.

٥ - هناك الكثير من الدراسات التي أكدت على انتشار إدمان

الخدرات بين إناس يتعمون إلى قفات ذكاء عليا ومنها طلاب الجامعة، والأطياء والذين يعملون في الهن العليا ولذلك لا تستطيع الباحثة تعميم صحة فرضها في أن الإدمان مرتبط بضعف الذكاء ولكن تستطيع أن تقصر هذه النتيجة على الدعنين في مدينة الإسكندرية والتي غثلهم عينة البحث الحالي.

(ب) بالنسبة لسمة القدرة على التفكير الابتكاري : نتائج الأصالة :

وكانت نتائج اختبار الأصالة كأحد الاختبارات التي تقبس القدرة على التفكير الابتكاري، قد أوضحت النتائج أن المتوسط الحسابي لدرجات المجموعة التجريبية على اختبار الأصالة الذي يقيس هذه القدرة (٩٦/٥) مقابل (١٢/١٣) للمجموعة الصابطة جدول رقم (٤٩) وبعمل التحليلات الاحصائية لهذه النتائج أوضحت نتائج تحليل التباين وقيمة «ت» وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين عند مستوى دلالة ١٠ ر (جداول ٥١٥) ولم تجد الباحثة أبة دراسات قد تناولت هذه القدرة في علاقتها بالإدمان، ولكن أشارت معظم الدراسات إلى أن الإدمان يفسد الوظائف العقلية عامة، وإصابة المدمنين بتدهور عقلي. ولما كان الابتكار أو القدرة على التفاعل السوى مع البيئة والوئام مع النفس. ومن سمات الشخص الذي يتمبز بالقدرة الابتكارية عموماً أنه يستطيغ أن يحيا متعاوناً على أساس المساهمة المتبادلة مع الآخرين، ويجد في ذلك إرضاء لحاجاته العديدة وتحقيقاً لتطلعاته والابتكار هو أسمى ما بسعى إليه الفرد من أهداف. فقد وجدت الباحثة من نتائج تطبيقها لاستمارة المقابلة ومقاييس الشخصية، انعدام سمات الشخص المبتكر وعدم توافرها لدى المدمن فالمدمن منسحب من الواقع الذي يعيش فيه غير قادر على التعاون مع الآخرين ولا يساهم معهم في شيء منصرف عنهم إلى دنياه التي خلقها له المخدر وكل ما يطمع المدمن في تحقيقه هو الوصول إلى المخدر والخفاظ على استمراره بأية وسيلة. وهو يتفاعل مع
بيئته تفاعلاً شاذاً من خلال المخدر فهو لا يعمل وينتج إلا في حالة
تعاطيه للمخدر. وتري الباحثة أن هذا الانخفاض في القدرة الابتكارية قد
يكون سمة محيزة لهم قبل إدمانهم المخدرات، حيث أنهم ينتمون إلى
بيئات عاجزة عن تحقيق رغباتهم، كما أنهم يعانون من الأمية حيث
أثبتت الدراسات وجود علاقة بين الابتكار والتحصيل، ونتيجة لما
يعانونه من اضطرابات في شخصياتهم، مثل انخفاض مستوي الطموح
وانعدام الهدف في الحياة، إلى جانب أن الإدمان يؤدي إلى ضعف
الوظائف العقلية، وخلل في آداء الجهاز العصبي المركزي.

(ج) نتائج المرونة التلقائية :

وقد أوضحت النتائج أن المتوسط الحسابى للمجموعة التجريبية على اختبار الاستعمالات الذي يقيس المرونة التلقائية (٢٥٦٥) مقابل (٨٠٠٥) للمجموعة الضابطة جدول رقم (٢٥) والتى تماثل المجموعة التجريبية من حيث السن والجنس والمستوي الاجتماعي الاقتصادي، وقد أوضحت نتائج التحليلات الاحصائية وجود فروق جهرية ذات دلالة أصائية بين المجموعتين في هذه القدرة عند مستوي دلالة ٢٠٠٠

(د) نتائج الطلاقة الفكرية :

ققد أوضحت النتائج أن المتوسط الحسابى لدرجات المجموعة التجريبية على اختبار الطلاقة الفكرية كانت(٢٠,٧٥) مقابل(٨٨ر٣٥) للمجموعة الصابطة (جدولوقم ٤٣٥) وقدأوضحسنة تسائيج المتحدليلات الاحصائية (جدول رقم ٤٤، ٤٥) وجود فروق جوهرية ذات دلالة احصائية عند مستوي دلالة \ ربين المجموعتين. ويذلك تشير النتائج إلى وجود فروق في القدرة على التفكير الابتكاري بين المدمنين على المخدرات وغيرهم من غير المدمنين، نتيجة لما يسببه لهم الإدمان من اضطرابات وظيفية تسبب خللاً في وظائف المخ، وما في شخصياتهم من اضطرابات

تحول بينهم وبين التكيف والتفاعل السوي مع البيئة المحيطة بهم، وما ينتمون إليه من بيئات تساعد على ظهور هذه الاضطرابات النفسية الكامنة، لما تحويه من عجز وفقر حرمان وصور الانحرافات السلوكية المختلفة.

وفيما يتعلق بالفرض الثانى والقائل بأن هناك علاقة طردية بين إنخفاض المستوي الاجتماعى الاقتصادى وإدمان المخدرات. فقد أوضحت الدراسة من خلال نتائج المقابلة ونتائج تطبيق الاستمارة التى تقيس هذا المستوى ما يأتى:

- ١ معاناة معظم مدمني البحث من الأمية.
- ٢ معطّمهم عارسون مهن يدوية بسيطة ودنيا.
 - ٣ إنخفاض الدخل الشهري.
 - ٤ إرتفاع معدل التزاحم لديهم.
 - ٥ ولدوا لآباء وأمهات يعانون من الأمية.
 - ٦ ينتمى اباؤهم إلى مهن يدوية دنيا.
- ٧ يسكنون في أحياء تتسم بالفقراء والازدراء.
- ٨ يتزوجون من زوجات تعانين من الأمية وانخفاض المستبوي الاجتماعي.
 - ٩ لا يهتمون بتعليم أولادهم ولا توجيههم للمهن العليا.
 - ١٠ يزداد بينهم تعدد الزوجات والطلاق والهجر لمسكن الزوجية.
 - ١١ ينتمون إلى أسر يزداد فيها التفكك والانفصال.

وقد أوضح هندن Henden في دراسته أن للفقر أثراً على حدوث الإدمان ، ويري أن الإدمان ما هو إلا عملية تكيفية مع الواقع الاجتماعي الاقتصادي. وكذلك أشارت دراسة جبزبنرج لمجموعة من مدمني المخدرات

أنهم ينتمون إلى أسر من الطبقة العاملة التي تعانى من الفقر والحرمان وقد أوضحت دراسة سعد زغلول المغربي، ودراسة المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية إنتماء مدمني المخدرات إلى بيئات تعانى من الأمية والجهل والفقر والحرمان. وأوضع راثود Rathod في دراسته أن نسبة كبيرة من المدمنين لهم وضع خاص في الأسرة كأن يكون الطفل الوحيد أو المدلل، كما أن هذه الأسرة ليس لها آباء، وإن وجدوا فهم مطلقون أو سكيرون أو مرضى عقليين(١)، وبالرغم من ذلك إلا أن هناك الكثير من الدراسات التي أشارت الى الادمان بين الطبقات الاجتماعية المختلفة وعدم اقتصاره على طبقة معينة أو دنيا، ومنها دراسة ونك -Wi nick التي أثبتت انتشار الإدمان على العقاقير بين الأطباء وقد عزا هذه النتائج إلى ما يعانيه الأطباء من آلام ناتجة عن العمل الزائد، والأرق، ومستوى الطموح، والزوجات. كما أوضع هربرت هندن في بحثه على الطلاب الدراسات العليا المدمنين للمخدرات أن الصراعات التي يعايشها هؤلاء الطلاب إنما هي صراعات تدور حول المنافسة والنجتح والفشل في الحياة، وأن واقعهم المحيط الملَّىء بالصراعات والمنافسة والفشل هو الدافع لإدمانهم.

وتري الباحثة أن إدمان المخدرات قديدا أوظهر في الطبقات الاجتماعية الدنيا نتيجة لما تعانيه الطبقات من عجز في الوصول إلى المعدف، وعدم قدرتها على الوصول إلى الطبقات العليا بما يمكونه من مصادر للثروة وغيرها..، فيصابون بالاحباط والاكتئاب نتيجة لفشلهم والذي يكون دافعاً ورا • سعيهم لشيء يخفف من هذه الآلام المبغضة ويكون طريقهم إلى المخدر، ولما كان الإدمان يرتبط إرتباطاً وثيقاً باضطرابات الشخصية وأن هذه الاضطرابات شائعة بين أبناء الطبقات الدنيا لما يعانونه من عجز وحرمان، فهي موجودة أيضاً في المجتمعات المتقدمة لما تعاشيه هذه المجتمعات من صراعات تدور حول المنافسة المتقدمة لما تعاشيه هذه المجتمعات من صراعات تدور حول المنافسة

والفشل والنجاح والطموح تقدم تكنولوچى يساعد على إتساع هذه الصراعات، ويازدياد التقدم يزداد الصرع والمنافسة، وذلك يؤدي بأبناء هذه الطبقة إلى رفض هذه المشاعر المؤلمة الناتجة من الصراع، ويتجهون إلى ما يحقق لهم الراحة بعد العناء وما يخفف من حدة هذه المشاعر فيلجأون للمخدر كوسيلة في ذلك.

وبذلك يرجع الإدمان إلى اضطراب كامن في شخصية الفرد وأن العوامل الاجتماعية ما هي إلا عوامل مهيئة أو مساعدة لظهور هذه الاضطرابات الكامنة على شكل سلوك شاذ، ويحدد نوع هذا السلوك المجتمع الذي يعيش فيه الفرد فيظهر تأثير البيئة في تحديد نوع الانحراف، فإذا كانت بيئة ينتشر فيها الإدمان على المخدرات إندماج فيها الفرد المحبط والذي يعانى من الاضطرابات فإدمان المخدرات يوجد في معظم المجتمعات ويختلف بإختلاف المجتمع والبيئات الثقافية والحضارية من حيث خصائص المخدر ونوعه وطرق تعاطيه وأساليه.

ثانياً: بالنسبة للفرض الثالث الذي يقول بأن هناك فروقاً ذات دلالة احصائية لبعض سمات الشخصية بين مدمني المخدرات وغيرهم من غير المدمنين، وقد تم قياس بعض المتغيرات هي:

(أ) بالنسبة لمتغير السيكوباتية: فقد أوضحت النمتائج أن متوسط المجموعة التجريبية على مقياس السيكوباتية (٢٨,٢١) كان يبفوق متوسط المجموعة الضابطة (١٧,٤٤) وكان هناك فرق ذو دلالة احصائية عند مستوي ١٠ر جدول رقم (٦٥، ٢٦)، وفقاً للاختبار المستخدم في الدراسة، فان الذين يحصلون على درجات عالية في هذا الاختبار يتصفون بنقص الاستجابة الانفعالية العميقة، وعدم القدرة على الاستفادة من الخبرة، والكذب، والسرقة، وإدمان المخدرات والكحوليات، والاصطدام بالقانون والمعايير الاجتماعية والاخلاقية، وعرون بفترات من الانقباض وخاصة بعد وقوعهم في الازمات التي يتعرضون لها.

وإذا كان السلوك السيكوباتي يتسم بالاندفاعية وااللا اجتماعية، ويعتمد على أولوية القيم القصيرة الأجل، ولا يستطيع ارجاء مطالبة العاجلة، وعدم الاستفادة من التجارب السابقة، واللا مبالاه بمعايير المجتمع وقيمه وعاداته، فقد وجدت الباحثة من نتائج المقابلة أن هذه السمات هي أهم ما يميز سلوك مدمن المخدرات، فكل ما يسعى إليه هو الحصول على المخدر بأية وسيلة فالمخدر هو الموضوع الوحيد الذي يدور حوله تفكيره وسلوكه. ولما كانت شخصية المدمن العائد من الشخصيات التي تتميز بالسيكوباتية فإننا نجد توافر هذه السمة بكثرة لدى مدمني المخدرات، فالمدمن قد ينال عقاباً بالسجن أو الغرامة أو الايداع في أحد المصحات النفسية ولكنه لا يبالي بهذا العقاب وسرعان ما يرجع للمخدر بعد إنتهاء مدة العقاب وأحياناً في أثنائها إذا توافر له الحصول على المخدر، ولا يفكر المدمن في الاستناع عن المخدر إلا إذا دفع إلى ذلك دفعاً بأن يصاب بتدهور صحى ومالي. وهناك الكثيرون من المدمنين. يرتكبون سرقات وجرائم أخرى لكي يشبعوا رغباتهم في المخدر دون تفكير فيما سبجلبه عليهم هذا السلوك من عواقب. ويما أن السيكوباتي يلجأ إلى طرق ووسائل خارجية في تعامله مع صراعاته وحلها، فهو يعمد إلى تغبير البيئة بما يتفق مع رغباته ودوافعه. فإن ذلك يبدو واضحاً في سلوك المدمن للمخدرات فهو يهرب من مواجهة واقعه إلى المخدرات الذي ينحه شعوراً بالانبساط و (الفرفشة) ويعكس هذا الشعور رغبته في التحرر من الواقع الاليم الذي يعيش فيه المدمن بما يتفق ورغباته الخاصة، كما أن المدمن يصب عدوانه على البيئة الخارجية ويتضح ذلك في هروب المدمن من مسئولياته وارتكابه لسلوك يتناقى مع قيم المجتمع وعاداته ويسبب هذا السلوك ضرورأ مباشرأ للمجتمع حيث ينتج عنه ضعف إنتاجية المجتمع وإنهبارالقوى البشرية فيه، وخلق جيل ضعيف سيكولوجيا وأخلاقيا متمثل في أسرته وأبنائه ومن اشخاص ينقادون له ويقلدون سلوكه، إذ أوضحَت الكثير من الدراسات أن وجود شخص مدمن واحد في مجتمع كفيل بنقل عدوي الإدمان إلى الآخرين.

ويذلك يمكن القرآ بأن الاعراض السيكوباتية أكثر وضوحاً وقيزاً لدي مدمنى المخدرات عن غيرهم وأن سلوك مدمن المخدرات بتسم بالسيكوباتية التى يتميز بها كعرض أساسى فى شخصيته، وقد أكذ ذلك نتائج الابحاث التى تزكد وجود السيكوباتية كسمة عيزة لسلوك مدمنى المخدرات، مثل دراسة وجن سميث و Hekiman & Gershon نابت El- ودراسة وبلينورد و - El- ودراسة وبلينورد ودراسة المخدرات السيكوباتية، وعادة ما يكونوا ذوي شخصية تشيع بينهم الانحرافات السيكوباتية، وعادة ما يكونوا ذوي شخصية سيكوباتية.

(ب) بالنسبة لمتغير الاكتشاب: فقد أوضحت الدراسة أن المتوسط الحسابى لدرجات المدمنين على مقياس الاكتشاب من اختبار الشخصية المتعدد الارجه (٢٨,٤٤) مقابل (٢١٠،١) للمجموعة المضابطة وقد أوضحت النتائج الاحصائية وجود فروق جوهرية وذات دلالة احصائية عند مستوي دلالة ١٠ر بين متوسطات المجموعتين.

وإذا كان الاكتئاب هو الشعور بالعجز والبأس وعدم القدرة على النظر الى المستقبل نظرة متفائلة، ونقص فى الثقة بالتفس، وضبق فى الاهتمامات وانطوا ، ونزوع إلى القلق، وكذلك ضبق يصبب النفس وكساد فى القري الحيوية والحركية فإن نتائج المقابلة فى البحث الحالى قد أوضحت وجود هذه السمات وانتشارها بين مدمنى المخدرات من أفراد البحث إلى جانب نتائج المقاييس السابقة من اختبار الشخصية المتعدد الاوجه، فقد أوضحت النتاذج أن المدمن يعانى دائماً من عجز عن مواجهة واقعة وتنتابه دائماً مشاعر القلق نتيجة لما يعانيه من عجز وعدم القدرة على العمل فى حالة غياب المخدر. وقد أرجع معظم المدمنين سبب على العمل فى حالة غياب المخدر. وقد أرجع معظم المدمنين سبب

إدماتهم إلى ما يعالونه من مشاعر إكتئابية تزول بتناول المخدر ولكنها تعاود الظهور مرة أخرى في حالة غياب المخدر بما يدفع المدمن إلى الاستمرار في التعاطي لتجنب هذه المشاعر، ويعتبر الاكتئاب سمة يميزة لمدمني المخدرات، وقد يكون هذا الاكتئاب ملازماً له قبل تعرضه لخبرة الادمان وبكون ناتجاً عن الاستمرار في ادمان المخدرات حيث ينتاب المدمن نوبات من لليأس والقلق نتيجة لما يقوم به من سلوك. وتتفق هذه النعيجة مع نتاشج الكثير من البحيث والدراسات حيث أوضح سعد المغربي في دراسته عن تعاطى الحشيش شيوع الاعراض الاكتثابية لدي مدمني الخشيش ووصف المدمن بأنه يعاني من انخفاض الروح المعنوية مع الشعور باليأس والعجز عن النظر الى المستقبل نظرة عادية متفائلة وذلك من واقع تطبيقه لقياس الاكتئاب من اختبار الشخصية المتعدد الاوجه، ودراسة لتاريخ حالة بعض المدمنين والتي أوضحت خلو حباتهم من المعنى والخبطة والهدف الواضح المرسوم، واتسامهم بالتشاؤم واليأس وضعف البصيرة. وقد اتفق معه فاروق عبد السلام في دراسته عن بعض المتغيرات النفسية لمدمني الأفيون . وكذلك أوضع رشاد كفافي في دراسته عن سيكولوچية حال اشتهار المخدر لدى مدمني المخدرات أن اليناءالنفسي لمتعاطى الحشيش قريب من البناء النفسي لمرضى الاكتئاب وعدم قدرة المدمن على التعامل مع الواقع وإقامة علاقات إنسانية ناجعة ودراسات كل من فوجل Vogel ومارى نيسواندر Mary Nyswander وديسهال Dihell حيث وصفوا شخصية مدمن المخدرات بالانهباطية والاكتئاب وضعف الإراد). وقد وصف ايستون Easton المدمنين في دراسته بأنهم يعانون من نوبات اكتئابية مشاعر الملل . وفي الدراسة التي أجراها إيفينسون Evenson على عينية من المسجونات المدمنات للمخدرات وطبق عليهن اختبار الشخصية المتعدد الاوجه، وقارن أداء المسجونات المدمنات بأداء المسجونات غير المدمنات بعد صبطه لمتغيرات السن والجئس والذكاء، أثبتت الدراسة شيوع الأعراض الاكتنابية لدي المسجونات المدمنات وشعورهن بالانقباض وانهباط الروح المعنوية. وكذلك أكد هيكيمان وجرشون Hikiman and Greshon إن مدمنى المخدرات المختلفة مضطربون انفعالياً ويعانون من الاكتئاب، وتناول المخدر عادة ما يكون رغية منهم في التخلص من هذه المشاعر الاكتئابية. وقد بين لاسكوتز Laswitz في دراسانيه عام ٢١، ٦٣، ١٥، أن المراهقين المدمنين للمخدرات ذوي شخصية إنعزالية اجتماعياً؛ ويعانون من مشاعر عنيقة من عدم الاتساق، وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة.

ويذلك يكون الاكتئاب وما يتضمنه من أعراض مختلفة من أكثر السمات الميزة لشخصيات مدمنى المخدرات وتنتشر بينهم هذه السمة بدرجة تفوق وجودها لدى الاشخاص العادين.

(ج) بالنسبة لمتغير الهستيريا :

فقد أوضحت نتائج البحث أن متوسط درجات المجموعة المدمنة على المخدرات في هذا المقباس (٢٧,٧٣) مقابل (١٩,٩٢) للمجموعة غير المخدرات في هذا المقباس (٢٧,٧٣) مقابل (١٩,٩٢) للمجموعة غير المدمنة جدول رقم. وقد أوضحت نتائج التحليل الاحصائي وجود فرق ذي دلالة احصائية عند مستوي دلالة ١٠ر بين العينتين في هذه السمة، عما المخدرات في هذا البحث. ولما كانت الهستيريا هي: الصراع الانفعالي المتميز بنقص النضج والاندناع والاتكالية، والقابلية للايحاء والتقلب الانفعالي، فقد أوضحت نتائج المقابلة والمقابيس الأخري من هذا الاختبار (الشخصية المتعدد الأوجه) شيوع هذه الأعراض لدي مدمني المخدرات في هذا البحث، فالمدمن يعاني من عدم النضج الانفعالي وتتغير حالته الانفعالية تبعاً لوجود المخدر أو عدمه فهو يشعر بالمرح والانبساط نتيجة لتعاطى المخدر وتغيب هذه المشاعر بزوال الحالة التخديرية، كما تتميز لشخصيته بالانصباع والاتكالية فقد أوضح كثير من المدمني أن السبب

فى إدمانهم هو أصدقاؤهم، كما أنهم السبب أسضاً فى الاستمرار فى التعاطى. والمدمن غير المكيف مع الواقع ولكنه يتخذ من المخدر وسيلة للتوفيق بينه وبين هذا الواقع إلى جانب إتخاذه الأعراض الهستيرية كوسيلة للتكيف إذ يعتبر العرض الهستيري على الرغم من شذوذه ضرباً من ضروب التكيف الناقص مع الواقع.

ويذلك يدل البحث الحالى على شيوع الاعراض الهستبرية كسمة مميزة لمدمنى المخدرات في هذا البحث ولكن الباحثة لا تستطيع الجزم بذلك نتيجة لما يأتي:

- قد تكون هذه الأعراض بينهم ناتجة عن تواجدهم في بينات يشيع فيها الانحرافات والاضطرابات المفسية، ونتيجة لما في نفس المدمن من قصور وعجز وقابلية للإيحاء والاستهواء فهو يندفع في تقليد سلوك إقرائه من هذه البيئات وقد يتسم سلوك البعض منهم بالهستيريا أو أعراضها أو أي إضطراب نفسي آخر.

- استمرار الفرد في تعاطيه للمخدر يسبب له الإدمان الذي يزيد من نسبة شذوذه فيصبح الأنا لديه أكثر تدهوراً وضعفاً ويزداد سلوكهم اعتمادية واتكالية وينهار بنيانهم الشخصى، وقد أكدت ذلك ماري نيسواندر بقولها «إن إحساس المدمن الزائف» بالقوة والاقتدار الناتج من تأثير المخدر الذي يسهم بشكل خطير في زيادة انهيارهم وانحرافهم وشدة معقلهم بالعقار. ولم تجد الباحثة من الدراسات ما يشير إلى وجود هذا السوع من الاضطراب النفسي لدي مدمني المخدرات ولكن أشارت المدراسات إلى شيوع الاضطرابات العصابية بوجه عام لدي مدمني المخدرات ومن هذه الدراسات دراسة سعد زغلول المغربي حين أوضح أن المخدرات ومن هذه الدراسات دراسة سعد زغلول المغربي حين أوضح أن الهستيريا، وكذلك دراسة فاروق عبد السلام الذي أكد في نتائج بحثه على وجود مظاهر السلوك السيكوباتي والميول العصابية لدى مدمني على وجود مظاهر السلوك السيكوباتي والميول العصابية لدى مدمني

الأفبون. ولكن الدراسات الاجنبية معظمها أوضح وجود ميول عصابية عامة وعللت وجود هذه الأعراض بوجود السمات السوسيوباتية وأكدت هذه الدراسات على إرتباط السمات العصابية لدي المدمنين إرتباطأ وثيقاً بالسمات السوسيوباتية (*) المتعلقة بالإدمان.

(د) بالنسبة لمتغير توهم المرض:

فقدأ ثبتت النتائج أنمتوسط درجات المجموعة التجريبية (١٩٤٨)، مقابل (٤٠٠) متوسط درجات المجموعة الضابطة وقد أوضحت نتائج التحليلات الاحصائية (جدول رقم ٥٦، ٥٧) وجود فروق ذات دلالة ١٠ر بين المجموعتين في هذه السمة. ولما كان توهم المرض هو القلق الزائد على الصحة والذي لا يستند إلى سبب، فيشكو الفرد غالباً من آلام واصطرابات يصعب تبينها، ولا يوجد لها أساس عضوى واضح. ومن خصائص الشخص المتوهم للمرض أن يكون غير قادر على مهالجة مشكلات الراشدين ولا يستجيب لها باستبصار كافي . ولم تجد الباحثة أيا من الدراسات التي تشير الى وجود هذه السمة بصفة خاصة لدى المدمنين ولكنها أشارت إلى وجود الاضطرابات العصابية بصفة عامة دون تحديد لهذه الاضطرابات. وقد أثبت البحث الحالي وجود هذه السمة لدى عينة البحث من مدمني المخدرات إستناداً على نتائج المقياس المستخدم في ذلك إلى جانب نتائج المقابلة. إذ كان المدمن دائماً ما يشير إلى أن إستمراره في تعاطى المخدر ناتج عن ما يشعر به من آلام مختلفة فكان دائماً يشكو من آلام غير واضحة مثل الآلام الصدرية وصداع مستمر وآلام في العظام والمفاصل ونزلات البرد المستمر. .إلخ. إلا أن هذه الأمراض لم تكن إلا بمثابة قناع زائف لتبرير ما يقومون به من سلوك

^(#) السوسيوباتية : هي الشخصية الريضة اجتماعياً والتي تنحصر اضطراباتها في مجال علاقاتها الاجتماعية، وخاصة الشخصية اللاجتماعية أو المعادية للمجتمع أو الشادة جنسياً.

يرفضه المجتمع، ومحاولة للتكيف مع هذا الواقع الذي يعيشون فيه. كما - أوضحت نتائج المقابلة أن المدمن لا يستجيب لواقعه وما يعتريه من *مشكلات استجابة ناضجة ولكنه منسحب من هذا الواقع ودائم الهروب من مشكلاته ومثيراتها واجداً في المخدر وسيلته في ذلك.

ولذلك تجد الباحثة أن توهم المرض سمة من سمات شخصية المدمن فى هذا البحث، فقد يكون هذا العرض موجوداً لديهم من قبل الإدمان ونتيجة لضعف الأنا لديهم ونقص نضجهم فإنهم يلجأون للمخدر كوسيلة للقضاء على هذه الآلام، أو قد تنتج هذه السمة بعد الإدمان لما يعانونه من أعراض عندما ينقطعون عن المخدر ويغالون فى وصف هذه الأعراض لتكون يثابة تبرير لعودتهم لسلوك تعاطى المخدرات.

(هـ) بالنسبة لمتغير مستوي الطموح:

فقد جا مت نتائج الدراسة توضح أن متوسط درجات المجموعة التجريبية على استبيان مستوي الطموح المستخدم في الدراسة والمدرج (٢٥ م ٢٧). وقد أوضحت نتائج التحليلات الاحصائية عن وجود فروق بين المجموعتين وكانت هذه الفروق دالة عند مستوي دلالة ١٠ رولا كان مستوي الطموح هو السمة التي قيز بين الأفراد في الوصول إلى مستوي معين يتفق والتكوين النفسي للفرد ويتحدد حسب خبرات النجاح والفشل التي مر بها، فقد أوضحت نتائج المقابلة للمجموعة التجريبية إنهم ليس لهم هدف في الحياة وأن خبراتهم تتراوح بين الفشل والاحباط نتيجة لعجزهم عن التكيف مع الواقع المجتمل بهم، لما يحتويه الواقع الاجتماعي من حرمان وفقر إلى جانب إتسامهم بالاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب الذي ينطوي على التشاؤم وعدم القدرة على النظر إلى المستقبل نظرة تفاؤلية ينطوي على التشاؤم وعدم القدرة على النظر إلى المستقبل نظرة تفاؤلية وانخفاض الروح المعنوية بينهم، وكذلك الأعراض الهستيرية من اتكالية وقابلية للإبحاء، فالياحثة ترى أن هذه الاضطرابات عثابة عوامل مساعدة

على انخفاض مستوي الطموح لديهم، وقد يكون هذا الاتخفاض فى مستوي الطموح مرجوداً قبل الإدمان نتيجة للظروف الاقتصادية والاجتماعية، حيث أكدت كاميلياعبد الفتاح فى كتابها مستوي الطموح والشخصية على أن دراسات جولد Gold قد أظهرت أن للظروف الاجتماعية والاقتصادية المقبولة نسبياً تأثيراً على مستوي طموح الأفراد، فقد كانت درجات اختيارهم للأهداف ضغيفة نسبياً (سواء سالبة أو موجبة) وذلك بمقارنتهم بأولتك الذين يحصلون غالباً على درجات كانت لديهم قروض طببة، فقد كان دخل الاباء مناسباً وكافياً بحيث كانت لديهم قروض طببة، فقد كان دخل الاباء مناسباً وكافياً بحيث استطاعوا الالتحاق بالجامعة والتفرغ للدراسة، وعدم الالتحاق بعمل خلال الدراسة وفي هذا الصدد قد يلعب طموح الوالدين دوراً خطيراً في زيادة طموح الأبناء، فالآباء الذين قد يتعرضون في حياتهم للفشل زيادة طموح الأبناء، فالآباء الذين قد يتعرضون عنها بتحقيقها في أبنائهم الشديد في تحقيق بعض أهدافهم، قد يعرضون عنها بتحقيقها في أبنائهم فيدفعون دفعاً إلى ذلك، ويوفرون لهم من الوسائل المختلفة ما يوصلهم إليها.

وقد أكد هذه النتيجة سعد المغربي في دراسته عن سيكولوچية تعاطى المخدرات حيث أشار إلى أن شخصية متعاطى المخدرات تقوم على محور واحد وهو كف العدوان، وأن هذا الكف ينسحب عن بقية نواحى الشخصية من ضعف الذات واختبارها، وانخفاض مستوي الطموح والسلبية. وكذلك أوضحت الدراسة التي قام بها الطيبيان ماركوفتش ومايرز Marecovitz أوضحت الدراسة التي قام بها الطيبيان ماركوفتش ومايرز and Mayers القيام بأي عمل أو واجب.

آثار الإدمان على السلوك

حين يتأثر الانسان بالبيئة ويستجيب لها، فإنه لا يستجيب لها بجسمه فقط ولا بنفسه وعقله فقط، إنها يستجيب لها بأجمعه أي ينفسه وجسمه فى آن واحد فالانسان وحدة جسمية ونفسية متكاملة لا تتجزأ إن تأثير جانب منها أو اضطراب تأثرت له الوحدة كلها أو اضطربت. وقد سبق فى الفصل الثانى من هذا البحث أن أوضحنا ما تسببه المخدرات من آثار جسمية مختلفة تختلف باختلاف المخدر وطبيعته والكمية المتعاطاه وطريقة التعاطى. وسوف نشير هنا إلى آثار المخدرات على جوانب سلوكية أخرى.

١ - أثر المخدرات على بعض مظاهر السلوك العقلى:

هناك الكثير من الدراسات والكتابات التى حرصت على توضيح آثار المخدرات على بعض النواحى النفسية وقد اعتمدت هذه الدراسات على ما يلى:

- ١ الملاحظات العامة.
- ٢ الملاحظات الاكلينيكية.
- ٣ الدراسات التجريبية على الحيوان والانسان.
 - ٤ ملاحظات ذاتية.
 - 0 دراسة تاريخ الحالة لبعض المدمنين.
 - _ حريقة المقابلة المقنئة.

، وسنعرض هنا لبعض الدراسات والكتابات التي تعرضت الثر المخدرات على بعض أوجه السلوك العقلي مثل (الذكاء - التفكير --التذكر. الغ، ثم نذكر النتائج التي توصل إليها البحث الحالي.

فقد أوضح وولف <u>Wooll</u> أن التعاطى المزمن حتى ولو كان بكسيات قليلة من المخدر أيانه يعود بأسوأ النتائج على الفرد، فالموظفون ورجال الاعمال الذين عرف عنهم النشاط تأثروا في أخلاقهم وكفاءتهم الانتاجية وتحولوا – بفعل المخدر – إلى أشخاص يفتقدون إلى الحماس والارادة

اللازمة لتحقيق واجباتهم العادية المألوفة و وجعل المغدر منهم أشخاص كسالى سطحين غير موثوق بهم، ذوي إتجاهات خشنة، ويظهر الاهمال واضحاً في سلوكهم كما تنحرف مشاعرهم العادية ومداركهم الأخلاقية وكلها سمات لم تكن معروفة لديهم قبل التعاطى. ويضيف وولف Woolf أن المخدر ينقص من القيمة الاجتماعية للفرد ويقوده إلى التدهور العقلى والجسماني ويقود عند الفرد إتجاهات لا اجتماعية ويدهور قيمه الأخلاقية وينفره من العمل ويخلق فيه الغفلة والاهمال حتى يصبح غير نافع للحياة الاجتماعية والاقتصادية المنظمة

وقد توصل كوبرا وكوبرا Copera and Copera إلى أن المشيش له تأثير على الوظائف العقلية، ذلك أن تأثير سموم المخدر تعمل تدريجياً على إضعاف قوي المخ ووظائفه وعدة ما تنتهى بحالة ضعف عقلى. وهذا التدهور العقلى يؤدي إلى تدهور آخر في كفاءة الفرد الانتاجية وغيرها من وظائفه ويشير كوبرا وكوبرا إلى أن المخدر له تأثير واضح على العمليات الذهنية التي تصبح غير منظمة، أو قد تتعطل جزئياً أو كلياً، وهذا يتضمن غيام الشعور أو الخلط العقلى. ويذكر أنه وجد أعراض عدم الترابط اللغوي على (٢٨٠) مائتين وثمانين حالة من الستمائة حالة التي درسها من مرضى الذهان المدمنين على الحشيش، كما يشير أيضاً إلى اضطراب التفكير بقولها «إن الحشيش يفسد أحكام الفرد على الأمور».

ويتفق بورهل Bourhill مع كوبرا وكوبرا فى ذلك، من نتائج ملاحظاته الانتاحية التي تدهور الانتاحية التي تدهور تدريجى للوظائف العقلية وأن سموم المخدرات تؤثر على الوظائف العقلية وأن سموم المخدرات تؤثر على الوظائف العقلية دون إضرار بالجهاز الجسمى.

وكذلك نتائج البحوث التجريبية لآثار الكحول على الكفاية العقلية والحركية والتي لا تدع مجالاً للشك بوجه عامل مهبط Depressant للنشاط النفسى والجسمى، فحركات القلب والتنفس والتنفس تزداد. كما أن الكحول ينبغى أن يفرز من الجسم كغيره من العقاقير السامة للجسم ما يعادل (١٣٠٦، ١٣٠٣) تتأكسد كما تتأكسد النشويات والسكريات، ويبدو أن العمل يؤدي بسهولة أكثر إلا أن البيانات الدقيقة تبين نقصاً في الكفاية، وقد أوضحت نتائج بعض البحوث تدليلاً على ذلك منها:

(أ) ذكر كريلين Kreaplin أن كميات كبيرة من الكحول سببت نقصاً مباشراً ونقصاً طويل المدي في العمليات العقلية كالفهم، والذاكرة والحكم.

(ب) ذكر ريفرز Rivers أنه يسبب نقصاً في الكفاءة في بعض العمليات كالكتابة على الآلة الكاتبة وعمليات الضرب العقلي.

(ج.) ذكر دودج وبندكت Dodge and Bendict من نتيجة بحث مستفيض قاماً به عن الآثار الفسيولوچية والنفسية للكحول أن تأخر زمن الرجع في منعكس الركبة قد زاد بمقدار $(\cdot 1, \cdot)$, وأن سمك العضلة عند انقباضها نقص بمقدار $(\cdot 1, \cdot)$ بعد تعاطى $(\cdot 1, \cdot)$ من الكحول، كما أن مدة الكمون (المدة التي تنقضي بين المثير والاستجابة) في الفعل المنعكس الوقائي لجفن العين زادت بمقدار $(\cdot 1, \cdot)$ ومدي حركة الجفن نقص بمقدار $(\cdot 1, \cdot)$, والمقابيس الحركية نقصت من حيث الكفاية بعد تعاطى نفس الكمية كما بأتر:

1/12	العتبة الحسية لمنيه كهربائي
<u> </u>	سرعة حركة العين
7.4	حركة الأصبع (النقر)
%0	زمن الرجع للعين
<u>/</u> ۳	: من الرحم للكلام

أما الذاكرة والترابط الحر فلم يتأثر إلا قليلاً إذ قلت الكفاية فيها بقدر بسيط بتعاطى (٣٠سم) أو (٤٥سم).

(د) درس هولنجورث Hollingworth زيادة على ذلك آثار الكحول على أوجه النشاط العقلى، وقد وجد أنه لم يحدث أي تسهيل في الآداء، بتعاطى كميات مختلفة من الكحول. وقد طبق ستة اختبارات لوظائف عقلية مختلفة أثناء فترة العمل التي استغرقت أكثر من ثلاث ساعات صباحاً. وستة اختبارات أخري طبقت بعد تعاطى الخمور بعد الظهر. وأظهر هولنجورث أن نقص الكفاية عادية يرتبط بكمية الكحول. وأظهر أن للوظائف العقلية المتشابهة تأثيراً متشابها، فالنشاط المنعكس، والنشاط المركى يبدو أنهما يتأثران بدرجات أكبر من العمليات العقلية العليا. ووجد هولنجورث أن استعادة أوجه النشاط الحركى لحالته الأصلية يحدث بسرعة أبطاً من أووجه النشاط العقلى كما أن هناك فروقاً فردية في أثر جميع العقاقير والمنبهات وتدخين التمباك.

وما ينطبق على الكحول ينطبق على باقى المخدرات التي هي من صنف المهبطات كالحشيش وغيره من العقاقير الآخرى.

وقد أوضحت ماري نيسوندار Mary Neyswander أن الإدمان على الحشيش يؤدي إلى تدهور في كافة الوظائف العقلية، بحبث ينتهى المتعاطى إلى حالة عامة من الغباوة والكلال العقلى. واتفق معها دايهل Diheli ، وفوجل Vogel . في أن المخدرات تسبب تدهوراً في وظائف الفد العقلية.

وأكد ايفنسون ورزنبرج Evenson and Rozenberg أن مدمني المخدرات ينتمون إلى فئات ذكاء دنيا.

وقد أشار ايمس Ames إلى أن هناك درجة من اضطراب التفكير تصاحب تعاطى المخدر ويشمل هذا الاضطراب الإدراك والذاكرة. وقد اتفق مع ايمس ما يرجروس Mayer - Gross حين قال بأن الإدمان يؤدي إلى إضطرابات في التفكير بحيث تبدو الأفكار مفككة، ويصبح الخيال غير مترابط لأن الإدارة تحت تأثير المخدر تفقد قوتها في توجيه الفكر بالكيفية السليمة، ويعزو ايمس Ames عدم الترابط هذا إلى تدافع الكلمات وكثرة الأفكار على ذهن المتعاطى، هذا بالإضافة إلى رغبته في التعبير عن هذه الأفكار الكثيرة المتدفقة.

وقد وجد ويكس وكولاينز Weeks and Collins في بحوثهم عن أثر المورفين على الجهاز العصبي، أنه يحدث نقضاً في القوي العقلية، ويثير الخيال ويقلل الاستجابة للأحداث الخارجية.

وقد أوضحت دراسة برمسون Abrmason أن عقاقير الهلوسة تؤدي إلى اضطراب الادراك واختلال في التركيز والانتباه، وعدم القدرة على إدراك العلاقات المكانية، واختلاف في الآداء الحركي، وتدهور عقلي. وأوضع سعد زغلول المغربي في دراسته عن «تعاطى الحشيش» أن المدمنين في عينة بحثه من نزلاء السجون كان يبدو عليهم بطء الاستجابة وانخفاض مستوي الصفاء الذهني وضعف القدرة على الاستنتاج والفهم، فضلاً عن ضعف القدرة على التركيز والانتباه، كما أنهم يبدو عليهم القذارة والاهمال لمظهرهم إذا قورنوا بغيرهم من نزلاء السجن.

وأوضحت ذراسة المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية أن المشيش يحدث اضطراباً في الإدراك بحيث تطول المسافات وتختلف الأحجام، وتهتز حدود الأشياء، وتبدو الألوان أكثر نصاعة، وير الوقت ببطيء، ويقل الانتاج، وتضطرب الذاكرة والانتباه والتركيز، ويضطرب الإدراك السمعى والبصري حبث يميل الإدراك نحو تضخيم المدركات، وأن اضطراب الإدراك السمعى أكثر شيوعاً من إضطراب الإدراك البصري، واختلال الشعور بالزمن والمسافة، واضطراب التفكير المتمركز في تدفق الأفكار، وتفكك الفكر وعدم ترابطه، وبطء التفكير وصعوبته.

وقد أيدت هذه النتائج الدراسة التى قام بها سويف عن استخدام الخشيش فى مصر حيث أشار إلى الإضطرابات التى تنتاب المتعاطى نتيجة للتعاطى المزمن.

وقد وصف أحمد عكاشة الاضطرابات التى تصيب مدمن الحشيش حيث قال «أن الحشيش يسبب زيادة القدرة الحركية مع اضطرابات فى القدرة على تعرف الزمان والمكان، وإنعدام الإحساس مجرور الزمن، والاختلاط العقلى، وظهور الهلوسات السمعية والبصرية.

وقد أوضح فاروق عبد السلام أن المدمنين من عينة بحثه ينتمون إلى فئات ذكاء دنيا.

وقد أسفر البحث الحالي أيضاً عن إنتمام مدمني المغدرات من عينة ` البحث الى فئات ذكاء دنيا وذلك من واقع مقارنات متوسط درجات المدمنين على اختيار الذكاء المستخدم في الدراسة ببيان المعايير الخاصة بهذا الاختبار، وكذلك بقرنة أداهم بأداء المجموعة الضابطة (غير المدمنة للمخدرات) وقد أوضحت نتائج المقارنة عن وجود فروق بين المجموعتين ذات دلالة احصائية في متغير الذكاء عند مستوى دلالة ١٠١ وجداول رقم (٤١، ٤١) وكذلك أسفر البحث عن وجود اضطرابات في التفكير لدى المدمنين أوضحتها نتائج المقابلة متمثلة في تغير الأفكار نتيجة لتعاطى المخدر وأن هذا التغير «يعتمد بقدر كبير على التأثير الفارماكولوجي Pharmacological effect بقدر ما يعتمد على معتقدات الشخص ما يتوقعه من المخدر. وقد ظهر اضطراب الفكر بشكل واضح في فساد الإدراك جداول رقم (٩٤، ٩٥، ٩٦، ٩٧) حيث كان المدمنون عِيلون إلى تضخيم المدركات، وكذلك في ضعف الذاكرة وقد اعتمدت هذه الدراسات على الملاحظات الاكلينيكية أو الدراسات التجريبية، وكذلك أوضح البحث الحالى ضعف القدرة على التفكير الابتكاري كواحدة من (القدرات العقلية) لدى عينة المدمنين، وذلك من خلال مقارنة نتائجهم

بنتائج المجموعة الضابطة، حيث أوضحت التحليلات الاحصائية عن وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين في هذه القدرة، وأن هذه الفروق جميعا كانت دالة يفسد الوظائف العقلية ويفسد علاقة الفرد ببيئته ولما كانت القدرة الابتكارية من القدرات التي تتطلب قدراً من الذكاء والسواء العقلي، وكذلك تتطلب أن يكون الشخص متوافقاً مع بيئته، لذا تتأثر هذه القدرة بهذا التدهور الذي يصيب الوظائف العقلية. فالقدرة الابتكارية تحتاج إلى شخص يستطيع أن يحيا متعاونا ويرى ويتجاوب مع الآخرين، فالابتكار يشبع حاجة الشخص المبتكر في تحقيق ذاته، وهذه القدرة تتطلب أن يكون الفرد متوافقاً مع بيئته يحبا متعاوناً ويستجيب ويتأثر لكل ما يدور فيها من أحداث قادر على التعاون مع الآخرين لتحقيق تطلعاته وأهدافه. إذ يري سميث Smith أن التوافق السوى بالنسبة للإتسان هو في الاسباع العام للشخص وليس في إشباع دافع واحد وعاجل على حساب دوافع أخرى، فالشخص المتوافق توافقاً ضعيفاً هو الشخص غير الواقعي والمحبط والمتعجل في إشباع دوافعه وحاجات، والذي يميل إلى التضحية باهتمامات الآخرين وذلك لإشباع حاجة حالية شديدة. وفي حالة التوافق الانساني الجيد بن الأفراد، تكون القوة الدافعة وراء الحاجة لتحقيق الهدف أو الادارة، لتحقيق الطاقة والقوة في حالة توافق مع المجتمع، فهي تتكامل مع الدوافع الاجتماعية، وتؤدي إلى قدر معقول من الشعور بالرضا والارتياح، وذلك من خلال العمل على تحقيق الهدف وانجازه. أما في حالة سوء التوافق الانساني، فإن هذه القوة الدافعة التي تكمن وراء الحاجة لتحقيق الهدف تكون في حالة غير طبيعية، وغير متلائمة مع الواقع، ولا ترتبط بالدوافع الاجتماعية، وتكون منعزلة، ولا قت لها بصلة، كما أنه يترتب على ذلك شعور بالفشل وسلوك يتسم بعدم التوافق. وعلاوة على ذلك فإننا نجد أنه بينما يحاول التفوق في الأنشطة التي يشعر بقدرته على التفوق فيها، فإننا على النقض من ذلك، نجد أن الشخص غير المتوافق ببالغ في عملية التعويض هذه، أو يحاول التفوق من حيث يمكن ضعفه في محاولة لأنكار ذلك الضع). وقد أوضح برناد بوسكا — Beranard Boduska في كتابة قول البورت Allpot بأن الشخص المتوافق «هو الشخص الذي يمكنه أن يواجه تلك العقبات، ولا يستسلم للاحباط، بالاضافة إلى قدرته على ابتكار وسائل مختلفة أقل احباطاً تصل به إلى النفس الأهداف والأهداف البديلة «ولذلك فإن الأقراد المتمركزون حول أهدافهم عيلون إلى وضع أسلوب حياة من شأنه خفض الخبرات المحبطة إلى مستويات معتدلة ويكنهم تحقيق ذلك عن طريق مراعاة الأمور التالية:

- قدرتهم على موائمة وتكييف مستويات طموحهم.
- قدرتهم على اختبار وسائل بديلة لتحقيق أهدافهم.
- قدرتهم على إنتقاء واختيار أهداف بديلة عندما يكون ذلك ضرورياً.

ويوضح عدم قدرة المدمن على التوافق مع بيئته نتيجة لما سببه له
المخدر من تدهور في كافة وظائفه العقلية والحيوية، وعدم قدرته على
تحقيق آماله وأهدافه، ضعف قدراته الابتكارية بشتى صورها ولم تجد
الباحثة من الدراسات ما يشير إلى ضعف هذه القدرة لدي المدمنين
ولكنها تستند في نتائجها على اتفاق الدراسات جميعها في أن الإدمان
يؤدي إلى تدهور عقلي، وكذلك يشوه علاقة الفرد ببيئته، ويحط من
أخلاقياته منعزلاً عن واقعه. كذلك أشارت معظم الدراسات إلى وجود
علاقة بين القدرات الابتكارية والذكاء، ولما كان ذكاء المدمنين يتأثر
بإدمانهم فمن البديهي أن تتدهور هذه القدرات لديهم.

رحم أثر الإدمان على إنتاجية المدمن:

نتيجة لتدهور الوظائف العقلية الذي يصيّب المدمن من تعاطيه للمخدر، يحدث تدهور في إنتاجية المدمن، وهذا التدهور يأخذ شكلاً تدريجياً، حيث يقل الانتاج في بداية الأمر، كما ينتقل الشخص المدن إلى أعمال تقل في مرتبها الوظيفية عن وظيفته السابقة، ويقل آداؤه تدريجياً نتيجة للكسل والاهمال فينتقل من عمل إلى عمل أن يفقد المدمن عمله نتيجة للكسل والاهمال الزائد فينخفض الدخل أو ينعدم. وقد ينتهي به الأمر إلى تجارة المخدرات وذلك لسد حاجته ومطالبه ومطالب أسرته الضرورية، كما أن الاتجار في المخدرات يحقق له رغبته في الحصول على المخدر دون دفع ثمن لذلك، وهذه النهاية في حد ذاتها دليل على تدهور إنتاجية المدمن أو انعدامها. وقد أوضحت هذه التنيجة في جدول رقم (١٠٨) والذي يوضح قدرة المدمن على العمل في التنيجة في جدول رقم (١٠٨) والذي يوضح قدرة المدمن على العمل في حالة التخدير وعدمها، فقد اتفق جميع المذمنين على أن انتاجهم يكون متفوقاً وكثيراً في خالة تعاطى المخدر، ويقل في حالة عدم التعاطى. وهذه القلة التي يشيرون إليها في الواقع ما هي إلا إشارة إلى إنعدام القدرة المطلقة على العمل أو إنعدام الانتاج كلية وذلك إذا ما قورن انتاج اللدمن بانتاج شخص لا تبعاطى المخدرات.

وقد قال بوكيه Pouquet في هذا الصدد من واقع خبرته ودراسته عن الآثار الدائمة للادمان «إن عادة الادمان تنمى عند اصحابها اتجاهات سيئة مختلفة. فالمتعاطون الذين تأصل لديهم الامادن - هم فضلاً عن عدم عنايتهم بأنفسهم - يمهلون أبسط قواعد النظافة فعظهرهم قذر غير مرتب، يرضون بأقذر وأسوأ الاماكن مسكناً لهم. كثيراً ما يلجأون إلى التسولو « » وأن هؤلاء المدمنون يمثلون عبئاً غير منتج على المجتمع الذي يعيشون فيه، إن ممتلكاتهم ونقوذهم القلبلة التي يحصلون عليها تنفق أغلبها على المخدر وتصبح في خدمته، وإذا ما كانوا يارسون التجارة فإنهم يمهلون في واجباتهم المهيئة وسرعان ما ينتهون إلى الفقر، ومع ذلك فإنهم يمهلون في واجباتهم المهيئة وسرعان ما ينتهون إلى الفقر، ومع ذلك فإنهم لا يكثرون بهذا المصير، ولا يترددون في بيع آثاث منازلهم الضئيل وملابسهم التي يمكونها. وإذا كانوا متزوجين ولهم أبناء فسرعان ما

يصبحون غير قادرين على إعالة أسرهم، بل وقد يهلونها إلى الحد الذي يجعل الأسرة تتضور جوعاً. وإذا كانوا غير متزوجين فإنهم ينفقون كل دخلهم على المخدر. وتذهب تلك الأموال خسارة على المجتمع لأن معظمها ينتهى إلى جيوب المهربين الذين يجلبون المخدر إلى البلد الذي يتعاطاه، وهؤلاء عادة ليسوا مواطنين من نفس هذا البلد. وهؤلاء المدمنون عالة على المجتمع من ناحية، ومن ناحية أخري يكفلونه مزيداً من النفقات، وذلك لأنهم قليلو العمل أو لأنهم لا يعملون. ومن ثم فهم بحكم وخولهم القليلة يتعرضون إلى سوء التغذية، كما يتعرضون إلى سء التغذية، كما يتعرضون إلى المرض والتردد على المستشفيات طوال حياتهم – وبهذا يكفلون الدولة والمؤسسات العامة مزيداً من النفقات.

ح المراز الإدمان على السلوك الجنسى:

إلى المخدرات المنطقة ترتبط عا يشيع بين العامة من أن للمخدرات برجع فى أثرهم فى تنشيط قوي الفرد الجنسية، وأن تعطى المخدرات برجع فى معظم الوقت إلى رغبة المتعاطى فى تحقيق حالة الإشباع الجنسية، وأن يتطلب إثارة الرغبة الجنسية وكذلك إطالة مدة العملية الجنسية، وأن تعاطى المخدرات برعم فى معظم الوقت المنطقة الجنسية وكذلك إطالة مدة العملية المخدرات وخاصة معظم الدراسات أن المخدرات وخاصة المهبطة منها ليس لها علاقة بالجنس، بل تعمل بعكس ما هو شائع عنها، إلى خفض الدافع الجنسي والرغبة الجنسية والقدرة الحيوية وخاصة بالنسبة للمتعاطن الميان المدانع، وقد ذهبت بعض الدراسات إلى أن إدمان المخدرت يؤدي إلى حالة من الضعف الجنسي. ويشير كوبر وكوبرا -Co المخدرت يؤدي الى حالة من الضعف الجنسي. ويشير كوبر وكوبرا -Co استعمال الحشيش فى الهند» أن استعمال الحشيش فى الهند» أن

للتعاطى وأن هؤلاء الذين يتعاطون الحشيش لأغراض جنسية يفسرون العلاجة بي المخدر والجنس تفسيرين متناقضين تماماً، فيمضهم يعتقدن أن تعاطى المخدر يحقق نرعاً من القوة الجنسية عند ذووي الضعف الجنسي، والبعض الآخر وخاصة عند المتدينين يستخدم المخدر كاداة لخفض الرغبات الجنسية أو كفها، كما وجدوا من نتائج دراستهما أن الحشيش ليس له القدرة على الآثارة الجنسية، ويؤكدان ذلك بتفسيرهما أن المخدر يثير حالة غيام جزئي في الشعور قد تكون مصحوبة بصور ذهنية ذات يشير حالة غيام جزئي في الشعور قد تكون مصحوبة بصور ذهنية ذات المجبعة جنسية توجه الفرد نحو الجنس، ومن ناحية أخري فإن المخدرات المهبطة تعمل على انهباط Depresses المراكز العليا الدماغية ومن الرغبات البدائية الحيوانية في حرية ومنها الرغبات والأفكار الجنسية، ومن ثم البدائية الحيوانية في حرية ومنها الرغبات والأفكار الجنسية، ومن ثم يشعر المتعاطى الذين يستخدمون المخدر كمشير جنسي وغيرهم من المتعاطن الذين يستخدمون المخدر كمشير جنسي وغيرهم من المتعاطن الذين يستخدمون كمهبط للرغبة الجنسية بقولهما:

«إنه يمكن تفسير آثار المخدرات على أساس أن الناس ذوو الأخلاق المتحطة يركزون أفكارهم على الملذات وموضوعات الحب الجنسية، بينما اللناس ذوي الاتجاهات الدينية والافكار المجردة والمعنويات يركزون أفكارهم على ما هو بعيد عن النواحى الجنسية، وعلى ذلك فآثار المخدر سواء أكانت انهياطية أم تنبيهية تصبح مجرد ظاهرة نفسية فى كلتا الحالتين». وينتهى الباحثان دراستهما على عينة المتعاطين، بأن المسرفين منهم فى الدعاطى لمدد طويلة من حياتهم، يعمل المخدر على انهباط وظائفهم الجنسية. وقرروا هذه النتيجة بما وجداه من أن نسبةالاخصاب عند مدمنى الخشيش أقل منها عند غير المدمنين، وأن كانت أعلى منها عند مدمنى الأفيون، كما أن نسبة العقم لدي المدمنين المسرقين فى على منها لدى غير المتعاطين.

وقد أوضح «بوكيه» Pouquel رأيه فيما يتعلق بأثر المخدر على

الاناحية الجنسية، بأن التهيج الشبقى Erotic Excitation الذي يحدث خلال فترة التخدير لا يعدو أن يكون تهيجاً دماغياً -Cereberal Excita فإن تعاطى tion ولا تحدث أي تغيرات فسيولوچية أخري، وعلى ذلك فإن تعاطى المخدر المزمن يؤدي في النهاية إلى حالة من الضعف والهزال العام نتيجة لضعف شهية المتعاطى التى قد تصل إلى حد عدم تناول الطعام طوال اليوم، وهذه الحالة من شأنها أن تؤدي إلى فقدان الرغبة الجنسية ثم إلى الشغف الجنسي، وقد تنتهى هذه الحالة إلى الانحراف الجنسي.

وقد وجد بورهل Bourhill في بحثه أن الحشيش يؤدي - مع التعاطى المزمن - إلى انهباط الرغبة الجنسية والوصول بالمتعاطى إلى حالة من العند الجزئية أو الكلية. وقد أقام نتائجه على الاعتبارات التالية:

(أ) أنه لم يجد بين قضايا المذنبين فى جرائم جنسية، مذنباً واحداً أثبتت أنه كان متعاطياً لأي مخدر قبل قيامه بارتكاب جريمة الأعتداء الجنسي.

(ب) أشارت نتائج ملاحظاته الاكلنيكية والتجارب التي أقامها على
 وجود سلبية جنسية قاطعة على عينة بحثه.

(ج) أكد معظم المدمنين للباحث بشكل قاطع إنكار أن المخدر يعمل على الإثارة الجنسية بأية شكل من الأشكال.

(د) ذكر عدد من الحالات أنهم بعد تعاطى المخدر يصبحون عاجزين عن آداء العملية الجنسية.

وقد أورد «فوجل» Vogel نفس النتائج فيما يتعلق بعلاقة المخدر بالجنس وذلك في توضيحه الآثار الإومان للمخدرات المهبطة والمسكنة بما يلي:

١ - إن التأثير الأساسي للمخدر هو تأثير إنهباطي -Depressant ef

fect وإن أختلفت درجة الانهباط تبعاً لكمية المخدر ودرجة الإدمان وشخصية المتعاطى.

٢ - إن حالة السرور والراحة Euphoria التي يشعر بها المتعاطى وقت التخدير، والتي يرغب في المحافظة عليها، بالاضافة إلى حالة الانهباط التي يحدثها المخدر المخدر، هذه الحالة تعمل على كف Inhibits أي ضورة من صور النشاط الجسمي.

 ٣ - إن مدمنى المخدرات المسكنة أو المهبطة عادة ما ينسحبون بعيداً
 عن الواقع ويعيشون داخل أنفسهم، وهم تدريجياً يبتعدون عن أي نشاط
 طبيعى ليس مرتبطاً بتحقيق حاجاتهم في الحصول على المخدر وإشباع رغبتهم فيه.

3 - إن هذه المخدرات من شأنها خفض أو إستبعاد الرغبة الجنسية Reduction or Elimination of Sexual Desire إلى الدرجة التي يستبعد فيها مدمنو المخدرات من عداد السيكوباتين الذين ترتكبون جرائم الأعتداء الجنسي.

وقد أوضح لاسكوتز Laskawitz في بحثه أن المدمنين تكون اتصالتهم الجنسية مضطربة. وقد أيده في ذلك جنزيرج حيث وجد أن المدمنين في عينة بحثه لديهم انحرافات جنسية كبيرة.

وقد أرضَّح نايت Knight في بحثه أن مدمنى المخدرات معظمهم يعانونهم الضعف الجنسي وقد أرجع هذا الضعف إلى تعاطى المخدرات.

وقد ذكر د. تاين الماهى Tighan El Mahy أن إدمان المخدرات يؤدي إلى الضعف الجنسي، وأن مايذكره المدمنين من أن المخدر يزيد من القدرة الجنسية أو الفاعيلة، ما هي من وجهة نظر الباحث - إلا نتيجة لاضطراب الإدراك الزمني لدي المدمن فيجعله يتخيل أنه استمر في هذه العملية لمدة طويلة، وما هي إلا دقائق أو ثوان معدودة - وما هذا

الاحساس الأوهم تجمله إضطرابات الحس (خاصة اضطرابات الإدراك الزمني).

وقد ذكر أحمد عكاشة أن الانتظام في استخدام المخدرات ينقص هرمون الذكور بنسبة ٣٠٪ ما يؤدي إلى إضابة المدمن بالضعف الجنسي. وقد وجد شيفرز من بحثه عن أثر المورفين على الناحية الجنسية، أن النشاط الجنسي لدي القردة المدمنة على المورفين يضعف عند منع المخدر.

وقد أوضح سعد المغربي في بحثه «تعاطى الحشيش كمشكلة نفسية وإجتماعية» أن كل ما يدور عن علاقة الحشيش بالجنس لا يعدو أن يكون مجرد شائعات عامة شعبية، لا تلبث أن وتتحول بعد التعود على المخدر – إلى أكاذيب وخرافات، وأوهام ليس لها أدنى أساس من الصحة والواقع. كما لا يلبث أن يتحول المخدر من خرافة لذيذة إلى حقيقة ضارة أليمة. وقد لخص الباحث نتائجه متبعاً الاعتبارات التالية:

 ١ - أنه يجب ملاحظة الغرق بين الرغبة والقدرة الجنسية، فقد توجه الرغبة دون القدرة على إشباع هذه الرغبة.

٢ - من الثابت في الدراسات الفارماكولوچية والفسيولوچية أن الحشيش ليس من لمخدرات أو العقاقير المنبهة إنما هو مسكن Sedative مهبط Depressant يعمل على انهباط القوي والامكانيات الحيوية والفسيولوچية للمتعاطى وخاصة في التعاطى المزمن المسرف.

 ٣ - اتفقت معظم الدراسات على أن هذا المخدر لا يعمل على إثارة الرغبات الجنسية بل يعمل على كفها وانهباطها والوصول بالمتعاطى -فى حالة التعاطى المزمن - إلى حالة من العنه الجزئية أو الكلية.

4 - يؤدي الحشيش- كما أثبت الباحث والدراسات الأخري - إلى
 حالة من ضعف الحيوية ونقص النشاط، مما ينعكس بدوره على النشاط الجنسي.

٥ - أن المدمنين الذين يقولون بأن الحشيش يطيل مدة العملية الجنسية، يمكن أن تفسر خبراتهم في ضوء الحقيقة الثابتة المتفق عليها، إتفاقاً تاماً من كافة الدراسات، وهي أن الحشيش يؤدي إلى إختلال الشعور بالزمن، وبالتالي يمكن أن يشعر المتعاطى بأن الوقت قد طال في أدائه للعملية الجنسية، كما أن يمكن أيضاً أن تفسر هذه الظاهرة في ضوء القابلية للاستهواء ذلك أن هذه الفكرة شائعة بين الناس شيوعاً كبيراً، بعيث تعمل بالعفل على أن يتأثر بها المتعاطى ويشعر أن العملية الجنسية تطول باستخدام الحشيش.

٣ - أن الحالات التى تقول بأنها تشعر - مع الحشيش - بإثارة للرغبة أو الميل الجنسى، هذه الحالات يمكن أن تكون خبراتها صادقة، ولكنها على أية حال لا تحدث بسبب الحشيش كعامل مباشر من يخصائصه إحداث هذه الحالة.

وقد أشار فاروق عبد السلام في بحثه «عن بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة بالادمان «إلى اضطراب السيادة الجنسية لدي مدمنى الأفيون، وقد بنى تفسيره في ضوء نظرية التحليل النفسى التى تري أن النمو الجنسي عر عراحل متتالية هي: المرحلة الفعية، ثم المرحلة الشرجية، ثم المرحلة القضيبية، ثم فترة الكمون وأخيراً الجنسية التناسلية. ولما كانت لكل مرحلة من هذه المراحل السيادة في الفترة الزمنية من النمو المناسبة لها، فالمرحلة الفمية لها السيادة عند الرضيع ومع النمو تنتقل إلى المنطقة الشرجية.. وهكذا. فقد وجد الباحث أن هناك اضطراباً في السيادة الجنسية لدي مدمن الأفيون، إذ أن الجنسية للاي مدمن الأفيون، إذ أن الجنسية النم تد أصبح من جديد هو مصدر الاشباع الوحيد الكامل للمدمن. فإذا لأما تلطفل حديث الولادة لا يجد الرشباع الكامل الأمن خلال الفم، ولا يبدأ في الصراخ والعويل إلا بعد أن يستشعر آلام الجوع ولا يهدأ له بال

الا من خلال الفم مرة أخرى دون أي قدرة على العطاء، فإن المدمن يعيش هذه المرحلة من النمو طوال فترة إدمانه، ذلك أن الأفيون مقدماً إليه من الفم يصيبه بالأشباع الكامل ويجعله في حالة أقرب إلى السكون منها إلى الحركة، وما أن يستشعر بدايات النقص في آثار الانتشاء وبداية التناقض في الأثر التخديري، حيث يبدأ البحث عن العقار غير مهتم بأي ظروف بيئية محيطة وغير قادر على أي تعديل لهذا الجوع الذي أصابه. كذلك فإن ما وجده (هاري هارلو) من أن الأتصال اللمسى للأم له قيمة إثابية فطرية للطفل نجده متحققاً لدى المدمنين وذلك في تفضيلهم البقاء في مناطق تواجد الأفيون وحولها على تواجدهم في بيوتهم ووسط أفراد أسرهم. أي بقاءهم بالقرب من أماكن تواجد الأفيون موجود تحت رؤوسهم أو في صدور ملابس نومهم، ذلك لأن الأفيون يقوم بدور الأم إذ أنه مصدر الإشباع لدي أفراد لديهم السيادة الجنسية للمنطقة الفمية. وقد ذكر الباحث أن ديناميات البنيان السيكولوجي لدى مدمن الأفيون تتكون من ذات ضعيفة تتخذ من سلوك الأنسحاب ميكانيزما أساسياً لمواجهة المواقف، ذات تستغل الموضوعات الخارجية كوسائل إشباع، ويشيع فيها عدم الأمن الأنفعالي والاكتئاب السيوكباتية والميل رلى تدمير نفسها، ذات لديها اضطراب في السيادة الجنسية بحيث تحتل الزعامة أكثر المناطق تبكيراً وهي المنطقة الفمية.

وقد أسفر البحث الحالى من واقع أقوال المدمنين في المقابلة فيما يتعلق بأثر المخدر على الناحية الجنسية أن آداء المدمنين للعملية الجنسية بكون أفضل في حالة تعاطى المخدر جدول رقم(١٩٢١) كما قالوا أن آداءهم للعملية الجنسية يختلف في حالة التخدير عنها في عدم التخدير، وأن هذا الاختلاف يأخذ مظاهر عدة أوضحها جدول رقم (١٩٣١)، وفيما يتعلق بأثر الإدمان على الناخية الجنسية فقد أجابت نسبة كبيرة منهم أن التعاطى المزمن بؤدي إلى الضعف الجنسى، وكانت هذه الإجابة عامة

بالنسبة لمدمني المخدرات المختلفة، فالمخدر أيا كان نوعه وخصائصه يؤدي إلى تدهور القوي الجنسبة وينتهي بهم إلى الضعف الجنسي.

وتؤكد الباحثة ما وجدته الدراسات السابقة من أن ما يذكره المدمنون عن ما يضيفه المخدر من شعور باللذة وإطالة في مدة العملية الجنسية - ما هي إلا أقوال يحاول بها المدمنون تغطية واتع نفسى ألبم يتسم بالقلق والتوتر وتشيع فيه الاكتثابية - ولما كانت فترة الإتصال الجنسى من الفترات التي تسبب لهم السعادة والارتياح، وتخدر مشاعر القلق لديهم، فإنهم يسعون لإطالتها حتى ولو يخداع أنفسهم، وأيضاً محاولة منهم لتبرير ما يقومون به من سلوك، وتغطية هذا السلوك بأسلوب منطقي مقنع يرضى به نفسه. أما عن قولهم بأن المخدر يودي إلى الفاعلية الجنسية والقوة فقد أجمع المدمنون على أن هذه الفاعلية تحدث في بداية التعاطى وتتلاشى بحد فترة طويلة من الإدمان حتى يصير المدمن إلى الضعف الجنسية رقبي الباحثة أن هذه القوة أو الفاعلية الجنسية التي يقررها المدمنون في بداية التعاطى لا ترجع بصورة مباشرة إلى المخدر نفسه بل المدمنون في بداية التعاطى لا ترجع بصورة مباشرة إلى المخدر نفسه بل من أقوالهم الاعتبارات التالية:

(أ) إن الإثارة والقدرة الجنسية لدي المدمنين تحدث فى الفترات الأولى من الإدمان حيث يكون الفرد فى سن الشباب (قد أوضح البحث الحالى أن سن المترسط الحسابى لسن المدمنين عند بداية التعاطى كان ٥٨ر٨٨ سنة) ومن طبيعة هذه السن الحيوية والنشاط، لذا فقد تكون هذه الإثارة ناتجة عن طبيعة السن وليست من المخدر.

(ب) إن إطالة المدة في العملية الجنسية لم يستطيع المدمنون إثباتها أو تأكيدها، فهذه الإطالة ترجع إلى إختلال الإدراك لديهم وعدم قدرتهم على الشعور بالزمن شعوراً حقيقياً.

- (ج) أضاف بعض المدمنين أن التعاطى المنتظم والزمن بجعل العملية الجنسية عملية عادية لا يحدث فيها أي تغير.
- (د) أن شخصية مدمن المخدرات قابلة للإيحاء والاستهوا ، وتتميز بالانصياعية والإتكالية ، ومن الشائع خطأ بين العامة أن للمخدرات أثرها على فاعلية العملية الجنسية وقوتها ، لذا يتبنى المدمن هذه الفكرة ، و بتشيث بها كمحاولة منه لتقوية هذه العملية .

وقد أوضحت الكثير من الدراسات أن التأثير السيكولوچى للمخدر لا يرجع إلى طبيعة المخدر بقدر ما يرجع إلى نفسية الفرد وما يتوقعه من المخدر، والمدمن يتوقع من المخدر حسب آرائه ومعتقداته – أن يزيد من قدرته الجنسية، ولهذا فهو دائماً ما يعتقد فى هذه القوة ويؤمن بها.

وبذلك يتبين أن للمخدرات تأثيرها الانهباطي على العملية الجنسية وتضعف قدرة الفرد الجنسية والتي تنتهي به إلى الضعف الجنسي كلية.

أثر الإدمان على السلوك الإجرامى:

أوضعت الكثير من الدراسات وجود علاقة بين الإدمان على المخدرات والجريمة أي أن الإدمان على المخدرات يساعد على إرتكاب الجرائم، ولكن هناك القليل من الدراسات التي نفت هذه العلاقة.

فغى الدراسة التى قام بها «ميرل» Merrile وجد أن التخدير لم آثار فعالة فى خلق الاتجاهات العدوانية وآثارها عند الفرد، بحيث كثيراً ما تدفعه هذه الاتجاهات إلى إرتكاب الجرائم وخاصة جرائم العنف. وقد أوضح كوبرا وكوبرا Copera & Copera عن «تعاطى أوضح كوبرا وكوبرا المشيش تستعمله الطبقات الفقيرة والتى ينتمى الخشيش فى الهند «أن الحشيش تستعمله الطبقات الفقيرة والتى ينتمى إليها أغلب مجرمى الهند، وتعاطى الحشيش بين الفقراء يزيد من فقرهم لأنهم ينفقون جزءاً كبيراً من دخلهم الضئيل على المخدر، وبذلك يواجهون الحاجة للنقود لإشباع حاجاتهم الضرورية الاخري، وهم تحت تأثير هذا

الضغط يندنعون لإرتكاب جرائم السرقة وغيرها من الجرائم التى تشبهها فى طبيعتها، وأن من رأيهما أن الحشيش يقوم بدور المشير والمشجع لاستعدادات إجرامية وعدوانية موجودة أصلاً عند المتعاطى.

وقد أوضح بريشر Brecher أن مدمن الأقيوتات يؤدي به الإدمان إلى التوتر الشديد والعصبية والحساسية الزائدة لأي مؤثر مهما كان صغيراً وتغير الأثيونات من أخلاقيات الشخص من سىء إلى أسوأ ويصير سريع التأثير قريب الغضب، ويصيبه التدهور الجلقى، وكلها سمات من شأنها أن تساعد على إرتكاب الجرائم.

وقد ذكر «أحمد عكاشة» إن الإدمان على المورفين يؤدي إلى التدهور الخلقي والاضمحلال الاجتماعي.

وذكر «انسلنجر» Anslinger أن الآلام الناتجة عن منع الهيرويين تؤدي
 بالمتعاطى إلى إرتكاب الجرائم مثل السرقة وأعمال العنف، وأن سوء
 إستخدام المنبهات يؤدي إلى خلق نزعات عدوانية وتهجمية لدي المدمن.

وقد إتفق كل من «ذيهل» Dehill «فوجل» Vogel ، «وماري نيسواندر» Marynyswander على أن الإدمان على الماريجوانا يؤدي إلى تدهور خلقى وارتكاب الجرائم.

وقد وجد «ايفنيسون» Evenson من دراسته أن المسجونات المدمنات أكثر عدوانية من المسجونات غير المدمنات.

وقد أوضح «فاروق عبد السلام» في بحثه عن بعض المتغيرات النفسية والإجتماعية المرتبطة بالإدمان «أن المدمنين من عينة بحثه كانوا يميلة إلى إرتكاب الجرائم، وذلك كما قرر المدمنين، وكانت هذه الجرائم مثل السرقة والرشوة والتزوير، والنصب والقتل، ويزداد إحتمال إرتكابهم للجرائم في حالة عدم وجود المخدر، ويرجع ذلك إلى أنه في حالة الرغبة في الحصول على المخدر وبالتالي للإشباع، وتحت ضغط بزوغ الأعراض

المبكرة لإنسحاب المخدر، ومن واقع خبرة المدمن المتكررة لما يحدث فى حالة غيب العقار - فإن المدمن قد يلجأ إلى مثل هذه الأفعال الإجرامية، فغياب المخدر هو الدافع لهذه الميول الإجرامية، وقد ذكر الباحث أن الدراسات قد أثبتت أن شيوع الجرعة بين المدمنين مساو لشيوعها بين غير المدمنين، ولكنهم يتعرضون لمواقف ضاغطة (محاولة الحصول على المخدر، وسد حاجاتهم منه، وسد المطالب الضرورية الأخرى... إلخ). تزيد من درجة ميلهم إلى إرتكاب العدوان بدرجة كبيرة جداً.

وفى البحث الحالى قررت نسبة كبيرة من الأفراد عبنة المدمنين، أن المدمن عيل إلى إرتكاب الجرائم أكثر من غير المدمن (جدول رقم ١٩٠٠) وقد حدوا الجرائم بأنها غالباً ما تكون سرقة وإغتصاب، نصب، قتل، ضرب، وقد ذكروا أن هذه الجرائم بزداد إحتمال وقوعها في حالة عدم توافر المخدر وأثناء الشعور عتاعب المنع النفسية والفسيولوچية الشديدة.

وتري الباحثة أنه مهما اختلفت نتائج الدراسات فيما يتعلق بأثر الإدمان على الميل لإرتكاب الجرائم، فإن جميعها قد قررت أن المخدر يسبب تدهوراً في أخلاقيات الفرد ويقوده إلى الإنحلال الإجتماعي، فإذا لم يكن المخدر هو السبب المباشر لإرتكاب الجرائم كأن يكون المثير لها. وأن هذا التدهور الأخلاقي والإجتماعي يصاحب تعاطى المخدر ويزداد بتأصيل عادة الإدمان في الفرد وينشأ نتيجة لما يلى:

 ١ - يبدأ التعاطى بكميات صغيرة لا تؤثر على دخله فى بادىء الأمر، وقد يحصل عليها من أصدقائه أ،و معارفه.

٢ - بالتوغل في التعاطى تبدأ حاجته إلى زيادة المخدر وكذا زيادة على عدد مرات تماطيه، وبالتالى يزيد القدرة المنقطع من دخله للاتفاق على المخدر، وفي حالة ذوي الدخول البسيطة التي لا تكاد تفي بالنفقات الضرورية، فإن ما ينفق على المخدر يعنى عدم إشباع حاجات ضرورية لم أو أسرته، ومن ثم يحدث الاضطراب والخلاقات بيننه وبين أسرته مما

يعرضه إلى التفكك والانهيار الأسري، وغيره من مظاهر التدهور والانحلال.

٣ - بزيادة تعوده على المخدر واهتمامه به، يقل إهتمامه بالعمل نتيجة لما يحدثه المخدر من تدهور في وظائف الجسم الحيوية والوظائف العقلية فتزداد مشاكله إضطراباً، ويعمل المخدر على زيادة شذوذه، ويصبح أكثر حاجة إلى المال، وتسبب حاجته للمال هذه أن يتعرض لإرتكاب الجرائم.

٤ - أوضح البحث الحالى اتفاقاً مع الدراسات السابقة أن الإدمان نتيجة لما يسببه من تدهور وظائف الجسم الحيوية والوظائف العقلية لدي المدمن، وينعكس هذا التدهور على قدرة المدمن الإنتاجية وكفاءته إلى أن يصل إلى حد عدم القدرة المطلق على العمل ويصبح متعطلاً، وفي فترة تعطله عن العمل تضطر بعضهم الظروف الإتصال بسبى السيرة والمجرمين وتجار المخدرات. ويصبح أقل عمل إجرامني ممكن أن يقوم به هو الاتجار في المخدرات، يقوده إلى أعمال إجرامية أخري.

وبالتالى يمكن أن نقرر أن هناك علاقة وثيقة الصلة بين الإدمان على المخدرات وارتكاب الأعمال الإجرامية وتنشأ هذه العلاقة فيما يسببه المخدر من آثار سيكولوچية وفيزيولوچية واجتماعية تتجلى فى:

۱ - إن المخدر يعمل على إطلاق وكشف الإنجاهات اللاشعورية والغرائز البدائية كما هى دون تعديل أو تهذيب، وذلك يكن للمدمن من أن يقوم بأعمال تتعارض مع القيم الاجتماعية والمعايير الاخلاقية، فالتخدير يعمل على تحرير المراكز اللاشعورية من سيطرة المراكز المحبطة الشعورية.

٢ - أن حالة التخدير تؤدي إلى حالة تضخيم والمبالغة في مشاعر
 الفرد وميوله وإتجاهاته إلى الحد الذي يجعل الفرد مستعداً للوقوع في

الجرعة وخاصة إذا كان المدمن أصلاً من نوع الشخصيات التى لديها استعداد للعدونية.

" - أن التخدير يؤدي إلى ظهور بعض الأعراض مثل إضطرابات
 الإدراك والهلوسة والقابلية للاستهواء والاتكالية والانصياعية وكلها
 سمات من شأنها أن تساعد على حدوث الجرعة.

 3 - أن التخزير يشير في الفرد حالة غير عادية من التهيج مما يدفعه بسهولة إلى الوقوع في الجرية.

وبذلك نجد أن للإدمان على المخدرات أثره السىء الذي يتجلى فى كشف الاستعدادات العدوانية، وإطلاقها، ويعمل على زيادة الميول العدوانية لدي المدمنين وقد يخلق هذه الميول نتيجة لما يسببه من ظروف ضاغطة وتدهور فى كافة وظائف الفرد.

أثر الإدمان على بعض أوجه السلوك الإنفعالى:

تثير المخدرات في مدمنيها إنفعالات مختلفة، وقد اتفقت جميع الدراسات في هذا الصدد على أن المخدرات تثير في نقوس متعاطيها مشاعر البهجة والمرح والإحساسات اللذيذة والنشوة والمرح. غير أن بعض الدراسات قد أشارت إلى وجود إنفعالات الغضب والخوف عما يؤدي إلى إرتكاب الجرائم ومشاعر من السعادة والسرور واللذة، كما يصف اليعض المخدر بقولهم أنه يثير في نفوس متعاطيه حالة من البهجة والنشوة والرضا وهي حالات تشكل جاذبية كبرى عند المدمين.

وقد أسفر هذا البحث أن المدمنين يشعرون بالفرفشة في حالة التخدير وتختفى هذه الحالة أثناء غياب المخدر (جدول رقم ١٠٣) ويشعرون بالتوتر، وتزول هذه الحالة بتعاطى المخدر.

ويمكن القول في هذا الصدد بأن حالة النشوة التي تحدث أثناء تعاطى المخدر تحدث نتيجة لشيرات عديدة، بعضها يختص بطبيعة المخدر وما يجلبه من آثار فسبولوجية تؤثر على الفرد، والبعض الآخر خارجي ينشأ من خلال جلسة التعاطي وما تشيره في نفوس المتعاطين، حيث يوجد المدمن مع قلة من أصدقائه المتعاطين المقربين إلى نفسه وينحرف بهم الحديث المسرف في الخيال والطرافة، وهذا النوع من الحديث يثير عندهم حالة من المرح واللذة. كذلك ما يسبب المخدر من اختلال في الادراك والمشاعر، وما يثيره ذلك من مفارقات تبعث على الضحك، وكذلك تضخيم الاحساسات الذي يصيب المدمن، كل هذا من شأنه أن يبعث عند المتعاطى أثناء التخدير حالة عامة من النشوة والراحة والسعادة وهذه هي السمات الغالبة عند المتعاطين أثناء التخدير/ ويصبح المخدر هو آداة المدمن التي يعتمد عليها في تغيير حالته الانفعالية التي لا علك القدرة على تغييرها نتيجة لما يتسم به من نفس تفتقر إلى المبادأة وعجز عن مواجهة الواقع، والسلبية في التعامل، والعجز عن إشباع رغباته بصورة سوية. ويؤثر هذا الخلل في الانفعال على وظائف المدمن إذ يؤدي إلى هبوط مستوى النشاط الذهني أثناء الانفعال بحيث يكون أقل تماسكا وجوده من مستوى نشاط الشخص الهادىء والضابط لنفسه في غير حالة التخدير، لأن الانفعال يؤدي إلى تلاشى مراقبة الإدارة للتفكير والعمل، وإلى تضاؤل مقدرة الشخص على النقد والتمحيص، وقد يكون التأمل قوياً غير أن الشخص مع شعوره بالنشوة المصاحبة لذلك يعجز عن ضبطها وتوجيهها، كما يعجز أن ينقل إنتباهه الى مجال آخر، هذا فضلاً عن أن المتعاطى بعد زوال آثار التخدير ، وبالتالي زوال هذه الحالة الانفعالية نراه لا يستطيع أن يتذكر تماماً وبدقة الحوادث التي مرت به في الظروف المصاحبة لانفعالات التخدير.

ملخص البحث

يتطلع مجتمعنا اليوم إلى ملاحقة ركب التقدم والتكنولوچيا فى مختلف الميادين، وهذا يتطلب إزالة جميع المعوقات التى تحول دون ذلك. وتعتبر مشكلة الإدمان للمخدرات من المشكلات التى تعوق تقدم المجتمع كما وكيفاً، فالإدمان يلحق الأذي بكل من الفرد والمجتمع على السواء، فإلى جانب ما يسببه من تدهور فى قوي الفرد الجسمية، الحيوية، والنفسية بمختلف وظائفها، فإنه من جانب آخر يجعل من هذا المدمن عبثاً ثقيلاً على المجتمع لأنه يمثل فائض بشري يعطل عجلة الانتاج وتقدم المجتمع.

وقد كانت ظاهرة الإدمان على المخدرات قد حظيت بالكثير من الدراسات التى تناولتها من نواحى مختلفة قانونية، فارماكولوچية، سيكياترية... إلغ، إلا أن دراستها كمشكلة نفسية إجتماعية لم تحظ بالاهتمام الكافى وخاصة فى مصر. فكان من الضروري إقامة دراسة نفسية إجتماعية لبحث جوانب هذه المشكلة المختلفة، كمحاولة عملية للتعوف على أبعادها، وتقديم المساعدة فى حلها، والعون لمن وقع ضحية فى براثن هذا المرض اللعين، إذ أنه قد قررت معظم الدراسات أن الإدمان على المخدرات شأنه شأن المرض النفسى الذي ينشأ من خلال تجمع على المجوعة من العوامل منها ما هو بينى يساعد مجموعة من العوامل منها ما هو نفسى كامن، ومنها ما هو بينى يساعد عى ظهور هذه الاضطرابات الكامنة فى صورة انحرافات نفسية شتى قد تكرن إحدى صورها هو الإدمان على المخدرات.

وقد تناولت الباحثة في الفصل الأول من هذه الدراسة، مشكلة البحث وقد حددتها في الشخص المدمن نفسه دون الاهتمام بنوعية المخدر المدمن، ثم تعرضت لأهمية هذه المشكلة والتي انحصرت في الإجابة على الغورض التالية:

١ - هناك علاقة بين انخفاض المستوي الاجتماعى الاقتصادي والإدمان على المخدرات.

٢ - انخفاض بعض القدرات العقلية أكثر شيوعاً لدي مدمنى
 المخدرات عن غيرهم من غير المدمنين.

 ٣ - هناك فروق ذات دلالة إحصائية في بعض متغيرات الشخصية بين مدمني المخدرات وغيرهم من غير المدمنين.

وتضمن هذا الفصل عرض لحجم المشكلة على المستوي العالى مع الاشارة إلى الاتجاهات المختلفة لتعاطى المخدرات في شتى دول العالم وأيضاً عرض لحجم هذه الظاهرة محلياً (في مصر).

كما اشتمل هذا الفصل أيضاً على وصف لمتغيرات البحث وتوضيح التعريفات المختلفة لهذه المتغيرات، ثم وضع التعريفات الإجرائية المتخذ بها هذه الدراسة.

وقد قامت الباحثة في الفصل الثاني من هذه الدراسة، بعرض للدراسة النظرية وقد احتوت هذه الدراسة على تعريف كانة أنواع المخدرات من حيث نشأتها التاريخية وتعريفاتها المختلفة، وآثارها الجسمية والنفسية، وما تتركه من سمات مميزة للدمنيها. كذلك اشتمل هذا الفصل على وصف للاتجاهات السيكولوچية المختلفة وكذلك الواجهة الاجتماعية التي اهتمت بتفسير ظاهرة الإدمان على المخدرات.

وفى الفصل الثالث تم وصف الدراسات السابقة، العربية والاجنبية المرتبطة والاجنبية المرتبطة عوضوع البحث وقدمت دراسة ناقدة لهذه الدراسات، وذلك بهدف الاستفادة منها في الدراسة الحالية من حيث منهج البحث وخطته وتحديد العينة والأدوات المستخدمة، وأساليب المعالجة الاحصائية وطرقها وأهم النتائج التي توصلت إليها كل دراسة.

أما الفصل الرابع فقد تضمن وصفاً شاملاً لعينة البحث، من حيث مصدر العينة وطريقة اختيارها، حيث اشتمل هذا البحث على عينتين احدهما تجريبية، والاخري ضابطة، وكان حجم كل واحدة منهما ثمانية واربعون (24 فرداً) تم اختيارهم بطريقة عشوائية وذلك من الاماكن

المختصة بدمنى المخدرات بالنسبة للعينة التجريبية وبالنسبة للمجموعة الضابطة تم اختيارهم من بعض الوحدات الانتباجية المختلفة بمدينة الاسكندرية.

وتناول هذا الفصل أيضاً وصف للعينتين التجريبية والضابطة من حيث السن، الحالة الاجتماعية، المستوي السكني، الحالة التعليمية. ثم تم وصف العينة التجريبية من حيث مهنة الزوجة، وعدد الأولاد، وعدد مرات الزواج، وعدد الزوجات الحاليات، ونوع المخدرات المدمنة حالياً، وعددها، وسن المدمن عند بداية التعاطى، ثم وصف الدافع للتعاطى في أول مرة، ومدة الإدمان. وقد تضمن هذا الفصل أيضاً وصف لأدوات البحث وهي كما يأتي:

١- استمارة المقابلة المقيدة من اعداد الباحثة.

٢ - بعض مقاييس من اختيار الشخصية المتعدد الأوجه بعد
 صياغتها باللغة العامية وهى مقاييس (توهم المرض ، الهستيريا ،
 الاكتئاب ، الانحراف السيكوباتى) من اعداد لويس كامل ملكية وآخرون.

- ٣ استبيان مستوي الطموح من اعداد كاميليا عبد الفتاح.
 - ٤ اختبار الذكاء المصور من اعداد أحمد زك صالح.
 - ٥ استمارة الاجتماعي الاقتصادي من اعداد الباحثة.
 - ٦ بعض اختبارات القدرة على التفكير الابتكارى:

وهي اختبارات (المرونة التلقائية، الاصالة، الطلاقة الفكرية) من اعداد عبد السلام عبد الغفار.

واشتمل هذا الفصل على الاجراءات التى قامت بها الباحثة با فيها الدراسة الاستطلاعية ثم الاجراءات التى بها الدراسة الاساسية من حيث تطبيق الاختبارات، وتصحيحها...إلخ.

المراجع

أولاً - المراجع العربية :

- ١ أحمد زكي صالح، ١٩٧٥، كراسة تعليمات اختبار الذكاء المصور. القاهرة: المطبعة العالمية ص ٤.
- ٢ أحمد عزت راجع، ١٩٧٥، أصول علم النفس. القاهرة: الكتب العربي الحديث للطباعة والنشر. ص ٧٢.
- ٣ أحمد عزت راجع، ١٩٦٥، الأمراض النفسية والاجتماعية. أسبابها.
 علاجها وآثارها الاجتماعية. القاهرة: دار المعارف. ص ٦٩.
- ٤ أحمد فايق ١٩٨٨، الأمراض النفسية والاجتماعية دراسة في اضطراب علاقة الفرد بالمجتمع - القاهرة: مطبعة النسر الذهبي. ص ص ٤١٤ - ٤١٥.
- أسعد رزق، ١٩٧٧، موسوعة علم النفس. بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
- ٦ الادارة العائمة لمكافحة المخدرات (١٩٨٢): التقرير السنوي. القاهرة: هيئة
 المطابع الأميرية. ص ١١٥.
- ٧ الادارة العامة لمكافحة المخدرات ١٩٨٣، التقرير السنوي. القاهرة: هيئة المطابع الأميرية. ص ص ٢٣ – ٤٥.
- ٨ الأمم المتحدة ١٩٧٦، مكافحة اساءة استعمال المخدرات. نيويورك:
 چينيف. ص م ٢٩٠٠، ٢٦٨.
- ٩ السيد محمد خيري، ١٩٧٥، الاحصاء النفسي والتربوي. القاهرة: دار الفكر العربي.
- ١ السكرتارية العامة للهيئة الدولية للشرطة الجنائية، ١٩٧١، تعاطى الشباب للمخدرات والمواد اندوثرة على النفس والعقل. القاهرة: المكتب الدولي العربي لشنون المخدرات.
- ۱۱ ألمركز القومي للبحوت الاجتماعية والجنائبة، ١٩٩٠، تعاطي الحشيش في الاقليم الجنوبي - التقرير الأول - القاهرة: منشورات المركز.
- ١٢ المركز القومي للبحوث الاجتماعية، ١٩٦٤، نتائج المسح الاستطلاعي في مدينة القاهرة - التقرير الثاني - القاهرة: منشورات المركز.

- ١٣ المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ١٩٨٧، بحوث في المخدراتُ من عام ١٩٥٧ - ١٩٨٠. القاهرة، منشورات المركز.
- ١٤ أنور العمروسي ١٩٥٥، ألمخدرات آثارها وجرائمها وعقوباتها. القاهرة:
 مكتبة الخانجي. ص ص ١ ٥.
- ١٥ ج. ب. جيلفورد، ١٩٥١، ميادين علم النفس النظرية والتطبيقية -إشراف يوسف مراد - القاهر: دار المعارف، ص ٣٣٧.
- ١٦ حامد عبد السلام زهران١٩٧٧، علم النفس الاجتماعي. القاهرة: عالم الكتب ص. ١٥.
- ۱۷ حسن فتح الباب، ۱۹۶۷، المخدرات سلاح الاستعمار والرجعية. القاهرة:
 دار الكاتب العربي، ص۷.
- ١٨ حسن الساعاتي، ١٩٦٣، تعاطى الحشيش كمشكلة اجتماعية من اعمال الحلقة الثانية لكافحة الجرية - القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. ص ص ٥٨ - ٦١.
- ١٩ حسين الهراوي، المكيفات منافعها، مضارها وعلاجها القاهرة:
 الكتبة التجارية (غير مين سنة النشر).
- ٢٠ سامي أسعد قرج ١٩٧٩، مشكلة المخدرات في مصر. القاهرة: مجلة الأمن العار. ص ٢٠.
- ٢١ سعد جلال ١٩٦٨، اسس علم النفس الجنائي. القاهرة: دار المعارف. ص
 ٣٨٩.
- ٢٢ سعد زغلول الغربي،١٩٦٧، تعاطي الحشيش دراسة نفسية اجتماعية
 القاهرة: درا المعارف. ص ص ٧٠٤ ٤٢١.
- ٢٣ سعد زغلول الغربي. ١٩٦٦، سيكولوچية تعاطي المخدرات رسالة
 دكتوراه (غير منشورة) كلية الآداب جامعة عين شمس.
- ٢٤ سعد زغلول المغربي، ١٩٩٠، تعاطي الحشيش دراسة نفسية اجتماعية
 رسالة ماجستير (منشورة) كلية الآداب جامعة عن شمس.
- ۲۵ سليمان الجندي ۱۹۷۱، ظاهرة إدمان المخدرات بين خطر واقع وخطر يتوقع. القاهرة: المكتب الدولي العربي لشئون المخدرات: ص ۹۹.
- ٢٦ سمير نعيم أحمد ١٩٧١، الاسباب الاجتماعية والاقتصادية لتعاطي المخدرات. القاهرة: المكتب الدولي العربي لشئون المخدرات. ص ٧.

۲۷ - سمير تعيم أحمد، ۱۹۷۱، خطر تعاطى المخدرات القائم في المنطقة العربية. القاهرة: المكتب الدولى العربى لشتون المخدرات.

 ٢٨ - سيد صبحي، ١٩٧٥، دراسات ويحوث في الشخصية - القاهرة: عالم الكتب. ص ص ١٧ - ١٩٠.

 ٢٩ - صبري جرجس، ١٩٥٧، مشكلة السلوك السيكوباتي. القاهرة: دار المعارف. ص ص ٥٦ - ٩٣.

 ٣٠ – عبد الحليم محجود السيد ١٩٨٠، الإسرة وإبداع الأبناء – دراسة نفسية اجتماعية لمعاملة الوالدين في علاقتهما بقدرات الإبداع لدى الأبناء – القاهرة: دار المعارف.

٣١ - عبد السلام عبد الغفار، إبراهيم قشقوش، ١٩٧٨، دليل تقدير الوضع الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية -مجلة التربية- المجلد الأول - العدد الأول.

٣٢ - عبد المنعم الحفتى، ١٩٧٨: مؤسوعة علم النفس والتحليل النفسى. القاهرة: مكتبة مديولي. ص ص ٢٤ - ٧٤٣.

٣٣ – عشان لبيب قراج، ١٩٧٥، أضواء على الشخصيّة والصحة العقلية. القاهرة: مكتبة منبولي.

٣٤ - فاروق عبد السلام، ١٩٨١ بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية المتعلقة بالإدمان -رسالة دكتوراه (غير منشورة)- كلية التربية - جامعة الأزهر. ص ١٠٤.

٣٥ - فرّاد البهي السيد، ١٩٨٠، علم النفس الأحصائي وقياس العقل البشري، القاهرة: دار الفكر العربي.

٣٦ - كاميليا عبد الفتاح، ١٩٦١ ، الاتزان الانفعالي وعلاقته بمستوى الطموح. رسالة ماجستير - كلية الآداب - جامعة عين شمس. ص ٦٢.

٣٧ - كاميليا عبد الفتاح ، ١٩٧٢، مستوى الطموح والشخصية.القاهرة: مكتبة القاهرة الحديثة. ص ص ٧ - ١٩٠

٣٨ - كاميلا عبد الفتاح، ١٩٧٥، كراسة تعليمات استيبان مستوى الطموح.
 القاهرة: النهضة المصربة ص ٣.

٣٩ - لويس كامل مليكة، محمد عماد الدين اسماعيل، عطية محمود هنا،
 ١٩٥٩، الشخصية وقياسها. القاهرة: النهضة الصرية. ص ١٥٥٨.

٤ - لويس كامل مليكة، محمد عماد الدين اسماعيل، عطية محمود هنا،
 ١٩٧٤ تعليمات الشخصية المتعدد الأوجه. القاهرة: النهضة المصرية. ص ٤٤.

13 - لويس كامل مليكة، ١٩٨٠، علم النفس الاكلينيكي - الجزء الأول - القاوة: الهيئة المصرية العامة للكتاب. ص ١٣١٠.

٤٢ - محمد أحمد غالي، ١٩٦٤، دراسة مقارنة للجانحين والعصابيين من حيث تنظيم الشخصية - رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية التربية - جامعة عين شمس.

٤٣ - محمد جميل منصور، ١٩٧٣، دراسة تحليلية للقيم المرتبطة بالعمل لدى المرابض المسترين - رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية التربية - جامعة عين شمس.

 محمد حلمي المليجي، ١٩٨٤ ، سيكولوچية الابتكار الاسكندرية دار المارف. ص ٢٣٨ .

20 – محمد خلمي المليجي، ١٩٨٤، علم النفس المعاصر. الإسكندرية: دارَ العرفة الجامعية. ص ١٩٥٣.

٤٦ - محمد حلمي المليجي، ١٩٦٩ ، القياس السيكولوچي في الصناعة. القاهرة: دا المرفة الجامعية، ص ٣٩.

٤٧ - محمد رشاد ببيد كفافي، ١٩٧٣ ، سيكولوچية اشتهاء المخدر لدى متماطي المخبرات - رسالة ماچستير (غير منشورة) - كلية الآداب - جامعة عين شمس.

٨٥ - محمد رمضان محمد، ١٩٨٢، تعاطي المخدرات لدى الشباب المتعلم - .
 رسالة دكتوراه (غير منشورة) - كلية الآداب جامعة عين شمس.

٩ - محمد نسيم رأفت وآخرون، ١٩٦٧، دراسة مقارئة عن شخصية المتفرقين
 والعادين من طلبة وطالبات المدارس الثانوية العامة - المجلة القومية - المحلد
 الرابع - العدد الثاني.

٥ - محمود عبد الحليم منسي، ١٩٨٣، دليل استمارة المستوي الاجتماعي
 الاقتصادي، الإسكندرية: دار الناشر الجامعي.

 ٥١ - منير وهيبة، ١٩٩٠، معجم مصطلحات علم النفس. بيروت: دار النشر للجامعين. ص ٢٠.

٥٢ - مصطفى زبور، ١٩٦٣، تعاطي الحشيش مشكلة نفسية - من أعمال الحلقة الثانية لكافحة الجرعة - القاهرة. المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. ص ص ٢٦ - ٣٩.

٥٣ - مصطفى فهمي، ١٩٦٧، الصحة النفسية في الأسرة والمدرسة والمجتع.
 القاهرة: دار الثقافة.

٥٤ - مصطفى فهمي، ١٩٧٠، الاتسان وصحته النفسية. القاهرة: الانجلو المعربة. ٥٥ - يحيى الرخاري، ١٩٧١، علاج الملمئين صحياً - في الندوة الدولية العربية حول ظاهرة تعاطي المخدرات - القاهرة: المكتب الدولي العربي لشئون المخدرات.

٥٦ - يوسف مراد، ١٩٥٧، مبادئ علم النفس العام. القاهرة: دار المعارف. الطبعة الثائثة.

ثانيا - الراجع الأجنبية،

- 1 Anslinger H. J., and W. F., Tampking, 1966, The Murders, New York: Avonbooks Dinision.
- Ausubel; D.P., 1961, Causes and Types of Narcotics Addiction A Psychological View, New York, Psychiat (9).
- 3 Belknad J. K., 1978, Drugs and Human Behaviour, In: Joltz man, W.H., (ed) Introductory Psychology in Depth-developmental Topics; New York: Harper's College Press.
- 6 Becker, H.S., 1959, Becoming a Marijuana Users- A Psycological Approach Morton: Mental Health and Mental Disorders.
- 7 Baul, J. C., and Snar R.W., 1969, A Test of Maturation Hypothesis Report to Opiate Addiction, New York; Bulletin on Narcotics, Geneva.
- 8 Bernard, G. W. and Ritch, L. (1968), Psychodynemics of Narcotics Addiction, New York: Jacksonwill.
- 9 Copera I.C., an Copera I.N., 1955, The Use of the Cannabis Durg India, Bulletin on Narcotics, Vol. L. New York: Geneva.
- 10 Chein I., 1956, Narcotics use Among Juvenils. Social Work (Vol No. 1).
- 11 Department of Health and Education and Welfare 1977, Co-caine-Washington, Research Minography No. 13.
- 12 Donald Taffit D., 1957, Crimminology, New York: The Macmillan Company. P 24.
- 13 Dihell H.S., and Laton D. A., 1954, Health and Safety for Youth, New York: Mrcrawhill.
- 14 Ellinwood E. H., Smith W.G., and Vaillam G.E., 1960, Narcotics Addiction in Males and Females, New York: A Comparison International Journal of Addiction (1).
- 15 Easton, 1965, Clinical Study on the Pathogenic and Personality Structure of Male Narcotics Addiction, New York: Hill Sid Haspital, Geneva.

- 16 Evenson, M., 1964, Research With Female Drug Addicts at Prison for Woman, Attawa: Journal of Correction (6).
- 17 Fort D. P., 1967, Drug as a Mean of Relieving Tension. New York: Holt Corp.
- 18 Fort P. J., 1980, Heroin Addiction Among Young Men, New York: Geneva.
- 19 Fith E. and Awine, 1980, Drug Problem in the Sociocultural Context, A Basis for Polices and Progamme Planning, New York: Geneva.
- 20 Hekimian L.J. and Grashon, 1966. Characterestics of Drug Abusers Admitted to a Psychiatric Hospital, Chicago, I.A.M.M.
- 21 Hill, Haertzen and Glasser, 1972, Psychological Aspects in Drug Addiction, In: David L. Sills (ed) International Encyclopedia of The Social Sciences, (Vol 3 and 4) New York: The Free Press.
- 22 Hikilla I., and Schoolar; J.C., 1969: Heroin Use Among Multipe Drug Users-Its Diagnostic and Theraputic Significance. New York: International Conference on Drug Abuse-Geneva.
- 23 Henden H., 1980, Psychological Theory of Drug Abuse. A research Monography No. (25) New York, NID.
- 24 Huba, Wingar and Benter, 1979, Framework for an Interactive Theory of Drug Abuse. New York: NIDA. Amonography No. (24).
- 25 Herbert, A., and Richard, 1981, A Dolscent Marijuana Abusers and Their Families, New York: National Institute of Drug Abuse.
- 26 Halback, H., 1973, Defining Durg Dependence and Abuse. Berlin: Federal Republic of Germany.
- 27 Jualith G., 1982, Abnormal Psychology Concepts. Issues, Trends, New York: Macmillan Publishing Co., INC.
- 28 Jon S.L. and Laskawitz D., 1964, Rorschach Study of Adolescent Addicts Who Die of Over Dose A Sign Approach-Psychiatry Digest. Math Field.
 - 29 Knight, E., and Beoubrun, M.H., 1973, Psychiatric

- Assessment of 30 Chronic Users of Cannabis and 30 Matched Control, New York: Amer. J. Psychiat.
- 30 Kazdine E. A., Bellack A. S., and Micheal Hersen, 1980, New Prespective in Abnormal Psychology, New York; University Press
- 31 Lukoff L., 1980, Toward A Psychology of Drug Abuse.New York: Department of Health and Human Services.
- 32 Lindsmith A.R., 1980, Basic Problem in the Social of Addiction and Theory, New York: W.H.O.
- 33 Marlatt G.A., Rose F., 1980, Addictive Disorders, In: Alan S. Bellack and Bellack and Michell Hereson (eds.), New Perspective in Abnormal Psychology, New York, University Press.
- 34 Mule S. J., and Brill H., 1974, Chemical and Biological Aspects of Heroin Dependence Ohio: CRC Press.
- 35 Mehr J., 1983, Abnormal Psychology, New York: Winston and Harltrinehart.
- 36 Mahi T., 1958, Durg Addiction-Cannabis India (Hashish), Kartoum: Faculty of Medicine.
- 37 Merton R.K., 1968, Social Theory and Social Structure, New York: The Macmillan Company.
- 38 Marcovitz E., and Myers H., 1944, Marijuana Addicts in the Army War: Chicago.
- 39 Norback J., 1980, The Alcohol and Drug Absue-Yearbook Directory, New York: Vannorstrand.
 - 40 Nyswander, M., 1960, Durg Addiction, New York: Silvano.
- 41 Nitezl M. T., Awinett R., Marian L., Macdonald and Williams S., Davidson 1977, Behavioural Approaches to Community Psychology, New York, Pergaman Press INC.
- 42 Oakely S., Ray, M., 1974, Durg Society and Human Behaviour, Santi Louis: The C. V. Mosby Company.
- 43 Okasha A., 1977, Clinical Psychrary, Cairo: Egyptian Book Organization.
 - 44 Pescor M.J., 1980, "Physician Durg Addicts", In: Griffith

Edward and Awin Arfith (eds), Durg Problem in the Sociocultural Context A Basis for Polices and Programme Planning. New York, Geneva.

- 45 Pescor 1953, A Statistical Analysis of the Clinical Records of Hospitalized Durg Addicts. Washington: Government Printing Office.
- 46 Pouquet, R. J., 1951, Cannabis, New York; Bulletin on Narcotics. (Vol. II).
- 47 Rathod H.N., 1968, Prevelance and Early Detection of Heroin Abuse. New York: Geneva.
- 48 Rathod H.N., 1970, Early Experience in the Life of a Narcotics User, In: Tongue A. et al (eds), Papers Presented to the International Institute on Prevention and Treatment of Drug Dependence: Clausanne.
- 49 Robert C., Kolondy 1975, Research Issues in the study of Marijuana and Male Reporductive Physiology in Human In: Jared R. Tinlenberg (ed), Marijuana and Health Hazards Metho dological Issues in Current Research London: Academic Press (INC.,).
- 50 Saltman, Jules, 1970. What We can do About Durg Abuse, New York: Harvard University.
- 51 Schultes R. E., et al, 1968, Gannabis. New York: Harvard University.
- 52 Schaeffer, J., 1975. The Significance of Marijuana in a small Agricultural Community. Mouton: The Hauge and Paris.
- 53 Smith D. E., 1967, LSD an Historical Perspective, New York: Journal of Psychedlic Drugs.
- 54 Smith D.E., Rose A. J., 1971, LSD-Its Use Abuse- and Suggested Treatment, New York: Journal of Psychedelic Drugs.
- 55 Smith M., 1980; Perceived Effects of Substances Use-A General Theory, New York: Departmen of Health and Human Services.
- 56 Smith H. D., 1977, "Drug Use and Abuse". In: Ruch and Zimbardo (eds) Psychology and Life. New York. Grow Hill Book, (Co. INC).

- 57 Souief M. I., and Others, 1980, The Egyptian Study of Chronic Cannabis Consumption. Cairo: National Center for Social & Criminological Research.
- 58 Souief M.I., 1971, The Use of Cannabis (Hashish) In Egypt
 A Behavioural Study Bulletin on Narcotics, Vol XXIII No.4.
- 59 Souief M. I., 1973, Cannabis Ideology, A Study of Opinipn and Beliefs Centering Around Cannabis Consumption. Bulletin on Narcotic (XXX 4). Cairo: UCSCR.
- 60 Teasdal J. D., 1973, Durg Dependence, In; Eysenck (ed) Habdbook of Abnormal Psychology, London, Pittman Medical.
- 61 Trouton, D., and Eysenck H. J., 1961, The Effects of Drug on Behaviour, In: Eysenck H. J., (ed), Handbook of Abnormal Psychology, New York: Basic Book.
- 62 Tinkleenberg I.R., Kappell, S., and Hallister, L.E., 1972, Marijuana and Alcohol, New York: Arch. Gen Psychiate.
- 63 Vogel V.H., and Murer D.W., 1957, Narcotics and Science Research, Chicago: ASSO.
- . 64 World Health Organization 1977, The Use of Cannabis, Technical Report, No. 478, Geneva: W.H.O.
- 65 World Health Organization, 1967, Services for the prevention and Treatment of Dependence on Alcohol and Other Drugs, Techn. R. Ser. No. 363, Geneva: W.H.O.
- 66 World Health Organization, 1969, Expert Commite on Durg Dependence, Sixteen Report-Tech. R. Ser; No. 407. Geneva W.H.O.
- 67 World Health Organization 1978, Expert Committe on Drug Dependence, Techn. R. Ser. No. 618. Geneva: W.H.O.
- 68 World Health Organization 1973, Expert Committe on Dependence, Tech, R. Ser. No. 516. Geneva: W.H.O.
- 69 World Health Organization 1975, Expert Committe on Drug Dependec, Techn R, Ser. No. 560. Geneva: W.H.O.
- 70 World Health Organization, 1970, Expert Committe on Durg Liable to Produce Dependence, Techn. R. Ser. No. 312. Geneva: W.H.O.

- 71 World Health Organization, 1965, Expert Committe On Durg Liable to Produce Addiction, Tech. R. Ser. No. 116, Geneva: W.H.O
- 72 Wilker A., 1962, Opiates Addiction A Psychological and Neurophysiological Aspects in Relation to Clinical Problem, Washington.
- 73 Walker and Kenon, 1980, Aspects of Alcohol and Drug Dependence, London: Pittman Medical.
- 74 Winick C., 1974, A Sociological Aspect of Durg Dependence. Ohio: CRC Press.
- 75 Wikler A., 1970, A Dynamic of Drug Dependence Implications of A Conditioning Theory for Research and Treatment, New York: Arch Gen Psychiat.
- 76 Woolf, P. O., 1948, Marijuana In Latin America. Washington: Lincor Press.
- 77 Winick C., 1980. A Theory of Drug Dependence Based on Role. New York: Department of Health and Human Services.
- 78 Yolles S. F., 1968, Statemant on LSD-Marijuana and Other Dangerous Drugs Washington, United Press International.
- 79 Zhukovski and Azilevskayi 1975, Opium Popy. Newdelhi: Amerind Publishing Co. PVT, LTD.

فهرس الكتاب

٥	إهداء ^
٠٧	مقدمة
10	القصل الأول
17	مقلمة
۲.	والحجم العالمي للمشكلة
**	اللحم المحلي للمشكلة
	المغصل الثاني
20	الدراسة النظرية
(V)	تعريف المغدرات /
٥.	نيندة تاريخية عن المخدرات بيريسين
YY	الواجهة السيكولوچية للإدمان
W	النظرية السلوكية للإدمان على المخدرات
٨٣	ب نظرية التحليل النفسي للأدمان على المخدرات مرح
۸۷	والواجهة الاجتماعية للإدمان على المخدرات
16	سمات المدمنين الاجتماعية
47	كأدوافع التعاطى

الفصل الثالث

1.1	الدراسات السابقة
1.4	أولاً: الدراسات العربية
۱٤٧	التانياً: الدراسات الأجنبية
	القصل الرابع
	العوامل النفسية والاجتماعية المؤدية
178	لإدمان المخدرات وآثارها على السلوك
170	إنبية البحق .
170	تحديد مشكلة البحث
177	حدود الدراسة
177	مُعَقِيرات البحث ومعالمة البحث
111	مِنهِج البحثِ
151	أدوات البحث
194	عينة البحث
	الفصل الخامس
470	تتائع البحث
777	(اختبار صحة الفروض
440	(تتائج المقابلة الشخصيم)

	411	ضحتها المقابلة الشخصية	رُ <i>عَ</i> دسما <i>رت ا</i> لمدمن كما أو
		لقصل السادس	11
	440	تفسير النتائج	
	٣٢٧		تفسير نتائج الفروض
	721	لموك ر	المِثر الإدمان على الس
•	270		ملخص
	774		المراجع